



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

(Self Care Behavior of Persons

with Schizophrenia in Community)

โดย

นางเจตน์ภาดา นาคบุตร

นางธีราพร มณีนาถ

น.ส.จุรัญ อิงสำราญ

นายวิญญู สิ้นห่านาง

น.ส.ศิริมน ไชยเชษฐ์

นางสุดารัตน์ พรหมกัณฑ์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปี 2548

รายงานการวิจัย การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดอุดรธานี

โดย	นางเจตน์ภาดา	นาคบุตร
	นางธีราพร	มณีนาถ
	น.ส.จรัญ	อึ้งสำราญ
	นายวิญญู	สิงห์นาง
	น.ส.สิริมน	ไชยเชษฐ์
	นางสุภารัตน์	พรหมกัณฑ์

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1 25 ธันวาคม 2549

จำนวน 50 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
169 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

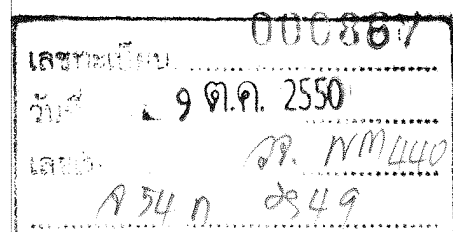
บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

Self Care Behaviour of Persons with Schizophrenia in Community

เจตน์ภาดา นาคบุตร¹, ธีราพร มณีนาถ¹, จุริยา อึ้งสำราญ¹, วิญญู สิงห์นาง¹, สิริมน ไชยเชษฐ²,นางสุภารัตน์ พรหมกันท์¹

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเฉพาะในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุดรธานี ที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หลังจำหน่ายกลับบ้านช่วงระหว่าง เดือนตุลาคม 2547 ถึงเดือนมีนาคม 2548 จำนวน 65 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Model) โดยพวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช (2542) ซึ่งนำมาดัดแปลงและทดสอบหาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีในการดูแลตนเองและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน และทดสอบหาความเชื่อมั่น(Reliability)เท่ากับ 0.90 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตัวแปรตามได้แก่พฤติกรรมการดูแลตนเอง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้ Chi-Square test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 67.7 เพศหญิงร้อยละ 32.3 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 39.9 ปี อายุสูงสุด 73 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสดร้อยละ 60.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 59.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.3 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.7 และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองคิดเป็นร้อยละ 72.3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.47, SD=1.11$)

¹โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 40000²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 41000

เมื่อพิจารณารายด้านกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับดี ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร/น้ำ/การขับถ่าย ($\bar{x} = 3.79$, $SD = 1.01$) ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.04$) และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ($\bar{x} = 3.52$, $SD = 1.15$) และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการพักผ่อน/นันทนาการ ($\bar{x} = 2.83$, $SD = 1.11$) และการจัดการกับการเจ็บป่วย/การรับประทานยา ($\bar{x} = 3.47$, $SD = 1.25$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($P < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ในการทำการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองในบริบทของชุมชน

Abstract

Self Care Behavior of persons with Schizophrenia in Community Jetpada Narkburt¹, Theeraporn maneenart¹, Jurun Eungsomran¹ Winyoo Singnang¹, Sirimoon Chaigehet², Sudarat Promagun¹

Schizophrenia, a chronic mental illness, is recognized as having an affect directly on persons with schizophrenia, especially their daily lives self-care behaviors. Ability of Self-care behavior is decrease and affect to family, community and Society. The purpose of this research was study Self-care behaviors of persons with schizophrenia in Community and relation between individual factors and Self-care behaviors. The sample were Male and Female which reside in Udonthani province, Who admitted inpatient ward at Jitavej khon kaen Ratjanakarin Psychiatric Hospital. After discharge during October 2004-March 2005, 65 persons. This sample is collect by Purposive Random Sampling. The instrument used in this study was the Orem's Self-care Model was modified by Phuagpen Jiampuyyawat (1999) is examined from specialist 5 persons about Self-care theory Mental Health and psychiatry nursing and was tested for reliability = 0.90. Independent variables were age, sex, martial status, a level of education, occupation income of family, the number of times which admitted in hospital, period of illness and receive a knowledge about self-care. Dependent variable was Self-care behavior. Data were collected by interview sample which created from Orem's Self-Care model. Data were analyzed using percentage, mean, standard derviation and Chi-Square test for Correlation between individual factor and self-care behavior. The results revealed that almost sample were male = 67.7 percents. female = 32.3 percents, almost age between 31-40 years old, mean age = 39.9 year old, The toppest age = 73 years old, the lowest age = 16 years old, almost single = 60.0 percents, the level educational was elementary = 59.9 percents, not had occupation = 38.5 percents, almost income of family was less than 3,000 baht per month. The number of time which were admitted in hospital between 1 - 3 years = 72.3 percents. Period of illness times between 1-3 years = 47.7 percents, and the receive a knowledge about Self-care = 72.3 percents. The sample had in Self-care behavior in middle level. ($\bar{x}$ = 3.47, SD = 1.11) when consider specific concisely the sample had Self-care behavior in good level. Such as eat food, drink water, evacuation ($\bar{x}$ = 3.79, SD = 1.01). The take care of cleanliness of a body ($\bar{x}$ = 3.74, SD = 1.04) interaction to other persons ($\bar{x}$ = 3.52, SD = 1.15) middle level of Self-care behavior such as rest/recreation ($\bar{x}$ = 2.83, SD = 1.11) and the management with illness/take a medicine ($\bar{x}$ = 3.47, SD = 1.25) When analyze with Correlation revealed that sex, age, education, period of illness times and received knowledge about self-care were correlated with self-care behavior were Significant. ($p < 0.05$)

The suggestion for the next study should has quality research in order to study the factors which involve about self-care in context community.

¹Jitavej Khon Kaen Ratjanakarin Psychiatric Hospital, Khon kaen 40000

²Udon Thani Provincial Public Health office, Udon Thani 41000

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สำเร็จ ลุล่วงลงได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัย ขอบพระคุณ นายแพทย์ชนพดล ปฏิทัศน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีที่อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ขอบพระคุณอาจารย์สมใจ เจียรพะพงษ์ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษา อีกหลายท่านที่มีได้กล่าวนาม (รายละเอียดในภาคผนวก) ซึ่งมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนให้ คำปรึกษาแนะนำที่มีคุณค่าในการศึกษาวิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ (ซึ่งผู้วิจัยภาคสนาม ไปเก็บข้อมูล) ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในด้านการประสานงาน การอำนวยความสะดวก และ สนับสนุนการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่วางไว้ทุกประการ

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและ ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีตาม จุดมุ่งหมายทุกประการ ทุกท่านและทุกหน่วยงานที่ได้กล่าวนามมาข้างต้น คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

จิตน์ภาดา นาคบุตร และคณะ

ธันวาคม 2549

	สารบัญ	จ
บทคัดย่อ		ก
Abstract		ก
กิตติกรรมประกาศ		ง
สารบัญ		จ
สารบัญตาราง		
บทที่ 1 บทนำ		1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา		4
วัตถุประสงค์		5
คำถามการวิจัย		5
ขอบเขตของการวิจัย		5
คำนิยามศัพท์		5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ		5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง		6
มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง		8
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง		14
โรคจิตเภทและการรักษา		20
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		22
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน		28
กรอบแนวคิด		
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย		29
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง		29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย		31
การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ		31
การเก็บรวบรวมข้อมูล		32
การวิเคราะห์ข้อมูล		

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษาและอาชีพ 34

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งแยกตามรายได้ของครอบครัว 35
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน 37

2.1 ข้อมูลของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำ และการขับถ่าย 37

2.2 ข้อมูลของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย 38

2.3 ข้อมูลของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ 39

2.4 ข้อมูลของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 40

2.5 ข้อมูลของพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการจัดการกับการเจ็บป่วย 41

และการรับประทานยา

2.6 ข้อมูลของพฤติกรรมในการดูแลตนเองรายด้าน โดยภาพรวม 43

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

บทที่ 5 สรุปอภิปรายและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย 46

อภิปราย 47

ข้อเสนอแนะ 53

เอกสารอ้างอิง 54

ภาคผนวก 61

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและคณะที่ปรึกษา 62

ประวัติผู้วิจัย 63

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 68

คณะผู้วิจัยภาคสนาม 73

ตารางสถิติที่เกี่ยวข้อง 74

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ	34
2. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท แยกตามรายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน	35
3. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านอาหาร/ น้ำและการขับถ่าย	37
4. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านความสะอาดของร่างกาย	38
5. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ	39
6. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	40
7. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา	41
8. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จำแนกรายด้านโดยรวม	43
9. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	44
10. จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน	74
11. จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ด้านอาหาร น้ำและการขับถ่าย	76
12. จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ด้านความสะอาดของร่างกาย	77
13. จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ	78
14. จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น	79
15. จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา	80

บทที่ 1

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทที่พบบมากที่สุดเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรัง และยาวนาน (Kl, mueser,2004) องค์การอนามัยได้จัดลำดับโรคจิตเภทไว้ อันดับที่ 5 ใน 10 อันดับ ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช องค์การอนามัยโลก (World Health organization : WHO cited in Rungreang Kulkij, 2000 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545) คาดว่ามีประชากรโลก 45 ล้านคนป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่ง 33 ล้านคนพบในประเทศกำลังพัฒนา (developing countries) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถิติประชากรของกรมปกครอง ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2540 พบว่าประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 60,816,871 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภท 608,162 คน (ลูกหม้อหมาดไทย, 2541 อ้างใน จิดารัตน์ พิมพ์ดีดและคณะ 2542)

ตารางที่ 1 สถิติและจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ.2543-2547 มีดังนี้

จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษา	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547
ผู้ป่วยใน ครั้งแรก	1,346	1,324	1,375	1,370	1,447
ครั้งรอง	1,214	1,053	1,030	1,009	1,259
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท	1,314	1,485	1,480	1,516	1,759

(รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ปี (พ.ศ.2543 - พ.ศ. 2547)

ตารางที่ 2 สถิติและจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ในปี พ.ศ. 2543-2547

จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547
ผู้ป่วยนอกทั้งหมด	19,190	19,290	26,867	30,622	37,565
ผู้ป่วยนอกของเขตจังหวัด อุดรธานี	5,159	4,513	5,638	5,765	6,276
ผู้ป่วยในของเขตจังหวัดอุดรธานี ที่รับไว้รักษาอาการทุเลาและจำหน่าย กลับบ้าน	1,314	268	234	263	274

(รายงานประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี พ.ศ.2543 - พ.ศ. 2547)

จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวน
ขึ้นๆ ลงๆ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง หากผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยที่
ยาวนาน โดยเฉพาะโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ ไม่สามารถทำหน้าที่
ได้ดั้งเดิม ความสามารถทางความคิด การตัดสินใจ บุคลิกภาพ การทำหน้าที่การทำงาน สังคม
จะบกพร่องลงเรื่อยๆ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Underwood, 1990) ขณะที่อัตรากำเริบ
ของโรคสูงถึงร้อยละ 50-70 (กรมสุขภาพจิต, 2541) อาการป่วยมักเป็นแบบเรื้อรังโอกาสที่จะ
หายขาดมีน้อย ปัจจุบันพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำในช่วง 1 ปี หลังเข้ารับ
การรักษา ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นหลายเรื่องเช่นการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและยา การสื่อสารและการสร้าง
สัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น (Equilus,I., et.al. 1999) จากการศึกษาระยะยาว 10-20 ปี เพื่อเก็บ
ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าร้อยละ 20-30 สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ ร้อยละ 20-30 ยังคงมีระดับ
อาการปานกลาง ร้อยละ 40-60 ยังคงมีอาการระดับมาก (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์
สุคนิษฐ์, 2542)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกรม
สุขภาพจิต ที่ยึดนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวให้เร็ว ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล
ในระยะเวลาสั้น (Desensitlization) ทำให้การรักษามุ่งเน้นในด้านการบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรง
ของผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขณะอาการทุเลา แต่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลือให้ผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ, 2535)

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมอนามัยที่บุคคลกระทำด้วยตนเองมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพดี มีความสุขและความพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) นับว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม โอเร็มได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แต่ละบุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัยและสวัสดิภาพของตนเอง (Orem, 1991) พฤติกรรมในการดูแลตนเองประกอบด้วยการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การแต่งกาย การพักผ่อน การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลตนเองเบื้องต้นในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น โอเร็มเชื่อว่า การดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล (Orem, 1990) แต่อย่างไรก็ตามความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ เพศ ระดับพัฒนาการ สภาพสังคมและวัฒนธรรม สภาพครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาผู้ป่วยในชุมชนพบว่าผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา การไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวิน (2536, อ้างในพวงเพ็ญ ภิรมย์ปัญญารักษ์, 2542) รายงานผลการวิจัยว่าผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการซักถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การซักถามเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำแนะนำ และการเข้ากลุ่มกิจกรรมภายในบ้าน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชยังบกพร่องในเรื่องการดูแลตนเอง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องหาแนวทางการส่งเสริมให้ข้อบกพร่องเหล่านี้ลดน้อยลง ก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชนและวางแผนให้การช่วยเหลือในระยะยาว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมตามศักยภาพ และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในเรื่องการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความสามารถในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาและดูแลตนเองได้ พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะปกติ หรือภาวะเจ็บป่วยก็ตาม (Orem, 1991) กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจมีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้เกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำปัจจัยนั้นมาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือในทางลบต่อ

การทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการ เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงไว้ซึ่งความสุข สมสกล สุกฺตรพินฺท์ (2542) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับจิตเภทและการดูแลตนเองในกลุ่มวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยหลังเข้ากลุ่มมีความรู้ความ เข้าใจ เพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต ลุประสงค์ และคณะ (2538) พบว่าผู้ป่วยหลังเข้าโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 100

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดกลาง มีเตียงรับ ผู้ป่วยไว้รักษาจำนวน 372 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีจังหวัดที่รับผิดชอบดูแล ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 5 จังหวัด คือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด อุดรธานี หนองคายและ มหาสารคาม จังหวัดอุดรธานีเป็นหนึ่งในจังหวัดของเขตรับผิดชอบ ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการแบบผู้ป่วยในมากเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดขอนแก่น และมีผู้ป่วยที่อยู่ในเขตจังหวัด อุดรธานีมารับบริการ เมื่ออาการทุเลาถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะกลับไปฟื้นฟูสภาพ ที่บ้าน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยต้องดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น การ ดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การจับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมี สัมพันธภาพกับคนอื่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการจัดการกับตนเองเมื่อเกิดเหตุที่ ข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล โดย อาศัยความร่วมมือจากญาติและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

พยาบาลจิตเวชถือว่าเป็นบุคลากรทางสุขภาพจิต ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อ เปรียบเทียบกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพจิต และมีหน้าที่ป้องกัน ส่งเสริม ดูแลรักษาและฟื้นฟูให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ทักษะและความสามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ตาม ศักยภาพ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชมีความประสงค์จะสำรวจพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภท หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเข้าไปอยู่ในชุมชน ข้อมูลดังกล่าวจะช่วย เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทก่อนออกจากโรงพยาบาลและขณะที่อยู่ใน ชุมชนได้อย่างถูกต้อง ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ การพยาบาลและ พัฒนาคูณภาพโรงพยาบาล

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน

3. คำถามการวิจัย

- 3.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างไร
- 3.2 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนหรือไม่อย่างไร

4. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดอุดรธานี ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งจำหน่ายกลับบ้าน ระหว่างเดือนตุลาคม 2547 - ถึงเดือนมีนาคม 2548

5. คำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Relate Health Problem 10th Revision)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง การดูแลตนเอง ซึ่งกระทำด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่และด้วยความรับผิดชอบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านในด้านต่างๆ รวม 5 ด้านคือ การดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำ และการขับถ่าย การดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับตนเองเมื่อเกิดอาการต่างๆ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของฟวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิ์ และคณะ (2542) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1991)

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 6.1 เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้เข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- 6.2 ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคล กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน จังหวัดอุดรธานี ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า ตำรา งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในข้อต่อไปนี้

- มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง
- โรคจิตเภทและการรักษา
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน
- กรอบแนวคิด

1. มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมาย

การดูแลตนเองตามพจนานุกรมเว็บสเตอร์ (1996) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำโดยตนเองหรือบุคคลอื่นด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่ ระวังระวัง และด้วยความรับผิดชอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในอุทัย สุดสุข, 2535) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนากิจการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัจจุบันโอเรม (Orem, 2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้บุคคลมีความผาสุก

Haug, Wykle and Namzi (1989) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองคือ การตัดสินใจในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้และประสบการณ์ การวินิจฉัยตนเองและการตัดสินใจต่อปฏิกิริยาของอาการ หรือการตัดสินใจไม่ทำอะไรเลย บ่อยครั้งการรักษาที่ดีที่สุดคือ การมีเงื่อนไขข้อจำกัดในตนเอง หรือรูปแบบต่างๆ ของการรักษาตนเอง โดยปราศจากคำแนะนำทางการแพทย์

การตัดสินใจบางอย่างสามารถแสวงหาได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในความพยายามริเริ่มดูแลตนเอง

Norris (1979) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการเช่นเดียวกับ Levin (1981) โดยกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการของประชาชนและครอบครัวที่มีการริเริ่มมีความรับผิดชอบ และมีการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง

Dean (1989) ได้สรุปการนิยามการดูแลตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นการนิยามการดูแลตนเองในลักษณะแคบว่าเป็นพฤติกรรมของสามัญชนที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการดูแลทางการแพทย์ แนวความคิดในลักษณะแคบนี้ให้ความสนใจต่อการเจ็บป่วย แต่ไม่มีการบันทึกวิธีการรักษา ลักษณะที่สองเป็นการนิยามการดูแลตนเองในลักษณะกว้างถือว่าการดูแลตนเองเป็นเป้าหมาย และสามัญชนจะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น ไม่ใช่รอรับการดูแลหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว

Agthoven and Plomp (1989) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองมีความหมายมากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย ความสำคัญของแนวความคิดการดูแลตนเอง คือ บุคคลจะต้องมีแรงจูงใจ นั่นคือ บุคคลมีการรับรู้ว่าต้องมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง และมีการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นผลลัพธ์ของการกระทำโดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายในจุดที่ควรสนใจ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก

Levin (1981) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและค้นหาโรค และการรักษาตนเองโดยใช้แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

Gantz (1990) ในปี ค.ศ. 1987 จากการประชุมของสถาบันการดูแลสุขภาพประกอบด้วยนักวิชาการ 6 สาขา คือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสุขศึกษา นักสังคมวิทยา และนักสาธารณสุข นักวิชาการเหล่านี้ยอมรับว่าการดูแลตนเองมีความซับซ้อน ไม่สามารถให้คำนิยามได้สอดคล้องกัน หรือพัฒนาเครื่องชี้วัดว่ากิจกรรมอะไรบ้างที่ถือว่าเป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามนักวิชาการเหล่านี้มีความคิดเห็นตรงกันว่า การดูแลตนเองมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้ คือ การดูแลตนเองมีความเฉพาะเจาะจงตามสถานการณ์และวัฒนธรรม การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับความสามารถและการตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง การดูแลตนเองได้รับอิทธิพลมาจากความรู้ ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ ความเชื่อในอำนาจการควบคุม (Locus of Control) และสมรรถภาพการดูแลตนเองมุ่งประเด็นที่ลักษณะของการดูแลสุขภาพภายใต้การควบคุมของตนเอง

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองถูกมองออกหลายลักษณะดังเช่น เป็นกระบวนการ เป็นพฤติกรรม กิจกรรม เป็นผลลัพธ์ จากการให้ความหมายการดูแลตนเองดังกล่าวผู้วิจัยมองว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาผู้อื่น ในปัจจุบันจะเห็นได้ว่าความรู้ทางการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างมาก แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมและทั่วถึง โดยเฉพาะการแพทย์แผนปัจจุบันที่มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาโรคโดยปราศจากความเข้าใจในขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของบุคคล ในส่วนของประชาชนเองจำเป็นต้องสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปในวิถีทางดำเนินชีวิต เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนเพื่อให้มีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Levin อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ ดังนี้

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง ความต้องการโดยทั่วไปของการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำโดยตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำและความสามารถที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองซึ่งประกอบด้วย การกระทำโดยตรงที่หลีกเลี่ยงการทำลายสุขภาพ การบำรุงรักษา การปรับปรุงและการเจริญเติบโต

โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนากิจการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัจจุบันโอเรม (Orem, 2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้บุคคลมีความสุข

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต ภาวะสุขภาพและความผาสุกซึ่งจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

การดูแลตนเอง

จากแนวคิดข้างต้นจะเห็นว่าบุคคลจำเป็นจะต้องมีการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และพัฒนาการตลอดจนความผาสุกที่จะเกิดขึ้น โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ (maintenance of sufficient intakes of air, water, food)

1.1.1 บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ แล้ว คอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความผิดปกติจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (provision of care associated with eliminative processes and excrements)

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้าง และหน้าที่เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาของบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (maintenance of a balance between activity and rest)

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทาง อารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของ ตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียม ประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (maintenance of balance between solitude and social interaction)

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ (prevention of hazards to life, functioning, and well being)

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดการเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาระบบไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความคิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นต้น เพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วัยวุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล การป้องกันมี 2 ลักษณะ คือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอันตรายที่เกิดขึ้นและการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการขาดการศึกษา การมีปัญหากการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดีหรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือ

คนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตมี ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพ หรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคและอยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของ ร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไปเป็น ดัน ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไปมีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถ ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเองได้เช่นเดียวกัน โอเรม (Orem อ้าง ใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) กล่าวว่าความต้องการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีดังนี้ คือ

3.1 การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม

3.2 การตระหนักและใส่ใจต่อผลและพยาธิสภาพของ โรคที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ หรือสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อการพัฒนาการของตนเอง

3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อ ป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป

3.4 การรับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษา ไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพา ตนเองและผู้อื่น

3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของ การวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเอง ให้ดีที่สุดตาม ความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคล จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อ จัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดพยาธิ สภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

การที่บุคคลจะสามารถมีการดูแลตนเองได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณสมบัติเฉพาะของแต่ละบุคคล (Orem, 2001) ซึ่งจะแตกต่างกันไป การพิจารณาพฤติกรรม การดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต รวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ (Orem, 1991) นอกจากนี้ ปัจจัยพื้นฐานทั้ง 10 ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีการศึกษาพบว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ศึกษาได้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ดังนี้

1. เพศ ความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้มีความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ โดยพบว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย Muhlenkamp & Broerman อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ดัง การศึกษาของประจิต วาทีสารกิต (อ้างใน ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) ที่พบว่าเพศชายมี พฤติกรรมทางลบ เช่น สูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง เป็นต้น

2. อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่ง ที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะ และประสบการณ์ที่ผ่านมา การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม การเรียนรู้เกิดขึ้นได้ตั้งแต่วัยเด็ก จะเพิ่มมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ และจะ ลดลงเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ (Orem, 1991) ดังการศึกษาของ พวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิราช และคณะ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้กรอบแนวคิดของโอเรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุเฉลี่ย 34.8 ปี) มีระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ แลมเบิร์ต และแลมเบิร์ต (Lambert & Lambert อ้างใน อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์, 2531) พบว่า วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะมีวุฒิภาวะในการ ตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและถูกต้องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ สามารถรับผิชอบและปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อดูแลด้านสุขภาพได้ดีและเหมาะสม

3. สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพล ต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991) และเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ครอบครัวจะมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการดูแล ภาวะ สุขภาพ เพื่อให้บุคคลนั้นหายป่วยและสามารถดูแลภาวะสุขภาพของตนเองได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคศิริคุณ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ สมรสจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยก

4. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อการพัฒนาความคิด สติปัญญาเพื่อช่วยในการ ตรวจสอบสถานการณ์ ตัดสินใจ และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) อีกทั้ง

ความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองจะช่วยให้บุคคลและครอบครัวลดการพึ่งพาวิชาชีพ แต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพโดยการแสวงหาบริการได้ตรง และเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Lipson & Steiger อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

5. รายได้ของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Pender อ้างใน สุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 200 ราย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (เรมวล นันทสุภวัฒน์ อ้างใน ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, จิตินันท์ ศศิฉาย, และ ประทุม สร้อยวงศ์, 2535) และคล้ายคลึงกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี

6. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย แนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยนั้นเป็นช่วงเวลาที่จะทำให้เกิดประสบการณ์ และเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการ (เรมวล นันทสุภวัฒน์ อ้างใน ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, จิตินันท์ ศศิฉาย, และ ประทุม สร้อยวงศ์, 2535)

7. อาชีพ เป็นสิ่งซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงทางด้านการงาน และนำมาซึ่งรายได้เพื่อการใช้จ่ายในการดำรงชีวิต จากการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมสังคม

8. ระบบครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่ประกอบด้วยคนหลายคนอยู่ร่วมกันมีบทบาทที่คาดหวังไว้ในครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดแลพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Parsons อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ครอบครัวจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยข้างต้นมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ดังนั้นการตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว สามารถพิจารณาการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเอง และลดการพึ่งพาผู้อื่น

3. โรคจิตเภทและการรักษา

3.1 โรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รู้จักกันมานาน แต่คนทั่วไปจะรู้จักเพียงว่าผู้ป่วยโรคนี้เป็นคนเสียสติ ปี ค.ศ.1852 เบนดิก โมเรล (Benedict Morel) จิตแพทย์ชาวเบลเยียม ได้ตั้งชื่อโรคนี้เป็นครั้งแรกว่า Dementia praecox จนปี ค.ศ.1911 ยูเจน บลูเลอร์ (Eugen Bleuler) จิตแพทย์ชาวสวิสได้ตั้งชื่อว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก จากคำว่า Schizo แปลว่า Split (ผ่า แยกแยก) และ Phren แปลว่า mind (จิตใจ)

โรคจิตเภทตั้งชื่อโดย นายแพทย์อาร์ แสงสว่างวัฒนะ ซึ่งมาจากคำว่า จิตแปลว่าจิตใจ และเภท แปลว่า แยกแยกหรือทำลาย ฉะนั้นจิตเภทจึงแปลว่าจิตใจแตกแยกหรือจิตใจถูกทำลาย (ประหยัด ประภาพรหม, 2539) สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2536) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้หน้าที่ต่างๆ ของจิตใจบกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่างๆ คือ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ความผิดปกติเหล่านี้ก่อให้เกิดความลำบากในการดำเนินชีวิต ทั้งในด้านส่วนตัว สังคม และสิ่งแวดล้อม (Chesla, 1996) นอกจากนี้แคพแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock, 1995) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คือ โรคทางสมอง ซึ่งมีอาการและการแสดงในลักษณะความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ส่วนจำลอง ดิษยณิข (2531) กล่าวถึงจิตเภทว่าเป็นโรคจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ มีความแปรปรวนของการสื่อสาร การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และมีความผิดปกติด้านความคิด

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD-10 (International Classification of Diseases) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่อึดอัดสัมพัทธ์และความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนาน และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างเรื้อรัง จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 40-60 จะมีอาการค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

ดังนั้น สรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง มีความผิดปกติในการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของจิตใจบกพร่องไป

3.2 แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ ICD-10

ลักษณะอาการที่จะวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ (หรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจน) ในข้อ 1-4 หรืออาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะของอาการมีดังต่อไปนี้ (ศักดิ์ กาญจนาวีโรจน์กุล, 2537)

3.2.1 ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน

3.2.2 หลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูง โดยแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusion perception) เช่น เห็นจราจรโบกมือให้สัญญาณ เกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

3.2.3 ประสาทหลอนทางหู พุดวิจรรย์พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือพุดคุยได้ตอบกันเอง เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่นๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

3.2.4 ความหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่นาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรมและศาสนา เช่น หลงผิดว่าควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้าได้

3.2.5 ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่นาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิด ซึ่งเป็นชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

3.2.6 มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสดความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง ตอบไม่ตรงคำถาม หรือพุดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่

3.2.7 พฤติกรรมอาจมีลักษณะมีอาการวุ่นวายมาก อยู่ในท่าฝืนธรรมชาติ ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งผู้ป่วยจะอยู่เท่านั้นเป็นเวลานานผิดปกติ ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม การกระทำต่อต้าน เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

3.2.8 อาการด้านลบ เช่น สีหน้าเฉยเมย พุดน้อย อารมณ์ทื่อ ไม่มีอาการตอบสนองซึ่งต้องแยกออกจากอาการซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

3.2.9 มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคล โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน ปฏิเสธออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

ดังอาการที่กล่าวมาแล้วอาการแสดงชัดเจนตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไปก็ช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่ปกติแล้วจะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหลายอาการร่วมกัน ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรับการรักษา เพื่อควบคุมและป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิต

3.3 ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ 0.1 - 0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5 - 5.3 ต่อ 1,000

ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0 - 9.0 ต่อ 1,000

หญิงและชายพบได้พอๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง

อายุพบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น

3.4 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2544)

3.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแย่ง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้องคนเดียว เรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยามีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไรโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนมีอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเรื่อง

3.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อยส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

3.5 การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

การพยากรณ์โรคดี

1. เริ่มมีอาการขณะอายุมาก
2. มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน
3. อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน
4. มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย
5. ลักษณะอาการแบบ paranoid หรือ catatonic
6. เป็นกลุ่มอาการด้านบวก
7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติ mood disorders ในครอบครัว
9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา
10. สมรสหรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด

การพยากรณ์โรคไม่ดี

1. เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย
2. ไม่พบปัจจัยกระตุ้น
3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. อารมณ์เรียบเฉย แยกตัวเอง
5. ลักษณะอาการแบบ disorganized หรือ undifferentiated
6. เป็นกลุ่มอาการด้านลบ
7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมไม่ดี ก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
9. เป็นมานานก่อนรักษา
10. โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

3.6 อาการและอาการแสดง

แคพแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock, 1995) กล่าวว่า ส่วนใหญ่อาการเจ็บป่วยมักจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นด้วยการแยกตัวหรือบางรายอาจจะมีอาการอย่างเฉียบพลันโดยมีสาเหตุมาจากการใช้สารหลอนประสาทหรือมีความเครียดอย่างรุนแรง ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยอาจพบว่าแต่งกายสกปรก ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีพฤติกรรมแปลกๆ

ความผิดปกติทางอารมณ์มี 2 แบบ คือ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิด และเหตุการณ์ขณะนั้น (inappropriate) และแบบเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึก (apathy & blunted)

ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติได้หลายแบบ เช่น เอะอะโวยวาย ไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) ซึมเฉยไม่พูด (stupor) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (waxy flexibility) ทำอะไรซ้ำๆ (stereotypy) และทำตรงกันข้ามกับสิ่งที่สั่ง (negativism)

ความผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการไม่ยอมพูด (mutism) พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ (incoherence) พูดไม่ตรงประเด็น (irrelevance) และใช้ภาษาแปลกประหลาด (neologism) เป็นต้น

ความผิดปกติทางความคิดเป็นสิ่งที่พบเสมอในผู้ป่วยโรคจิตเภท จนถึงเป็นข้อสำคัญในการวินิจฉัย แบ่งเป็น

3.6.1 รูปแบบความคิดผิดปกติ คือ ขาดการเชื่อมโยงเหตุผลและไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปอีกรื่องหนึ่ง (loosening of association) เนื้อหาความคิดจะออกมาในรูปของการหลงผิด แปลกประหลาด ไม่สัมพันธ์กัน ฟังดูเหลือเชื่อและเป็นไปไม่ได้ เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย (delusion of persecution) คิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference) เป็นต้น

3.6.2 ความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆ ที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว (auditory hallucination) ประมาณร้อยละ 75 รองลงมาคือภาพหลอน (visual hallucination) ความผิดปกติของการรับรู้อื่นๆ ที่อาจพบได้คือ การได้กลิ่นหรือรสแปลกๆ ประสาทหลอนทางสัมผัส

3.6.3 หายใจโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอลงเข้าสังคมได้แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่

3.6.4 เรือรังกแต่ไม่มีอาการรุนแรง

3.6.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิริพิมพ์, 2539)

3.7 การรักษา (มานุษ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

3.7.1 จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- * มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- * มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารักษา
- * เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- * มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหามากนอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

3.7.2 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

การรักษาด้วยยาแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ

ก. ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรบกวนหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไป คือ chlopromazine 300-500 มก./วัน หรือ haloperidol 6-10 มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรบกวนมากอาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการของโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

ข. ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีการควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆ ลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่โดยเฉลี่ยคือ chlorpromazine 100-300 มก./วัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาชนิดประเภท long acting

3.7.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย นอกจากนั้นอาจใน ผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

3.7.4 การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

* จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในรูปแบบอื่นๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาไม่ทนไม่ได้ เป็นต้น

* การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็น โรคจิตเกิดความรู้สึกผิด หรือ

กล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

* กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

* นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านความคิด การรับรู้ และอารมณ์ไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางด้านสังคมและด้านการงานโดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรกซึ่งในช่วงนี้ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวนิช, 2542) ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน และเพื่อลดผลกระทบที่มีต่อครอบครัวและชุมชน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเองต้องฝึกที่จะช่วยเหลือตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี จากแนวคิดของโอเรม ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ลักษณะ และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ (สมจิตต์ ลูประสงค์ และคณะ, 2538)

1. การดูแลตนเองด้าน/อาหาร/น้ำ และการขับถ่าย

การดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำ และการขับถ่ายการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ โดยทั่วไปบุคคลจะรับประทานอาหาร 3 มื้อในแต่ละวันให้ครบ 5 หมู่ (คุณธิ สุทธปรียาศรี, เพ็ชรวิทย์ ดันติแพทยางกูร, และ บุญช่วย ดุลยศักดิ์, 2536) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ จากภาวะของพฤติกรรมกลดอย ภาวะซึมเศร้า จะรู้สึกเบื่ออาหาร แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหิวกระหายจะปฏิเสธอาหารและน้ำที่คนอื่นจัดหามาให้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอหรือขาดสารอาหารและน้ำได้ และด้านการขับถ่าย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร จะมีปัญหาการขับถ่ายตามมา ที่สำคัญคือต้องดูแลให้ได้ถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยดูแลให้รับประทานผักผลไม้ อาหารที่มีกากหรือดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้ขับถ่ายสะดวก

2. ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย

ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มั กมีปัญหาเรื่อง การดูแลความสะอาดของร่างกายเนื่อง จาก การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ไม่สนใจความสะอาดของร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การ ตัดเล็บให้สั้นและสะอาด การรู้จักสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้มีโรค เกี่ยวกับเหงือก ฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน หิด เป็นต้น

3. ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ

การพักผ่อนและนันทนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ ทำเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนคลายมีความ สบายใจ ได้แก่ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือทำงานอดิเรก ที่ชอบ เล่นกีฬา หรือมีกิจกรรมที่ช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจะมอง สิ่งรอบๆ ตัวไปในทางที่ดี

4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่เป็ นโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ที่ เป็ นโรคจิตเภทมั กมีความล้มเหลวในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่อาจสื่อสารทำความเข้าใจ กับผู้อื่นได้จึงถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม กิจกรรมการปฏิสัมพันธ์ที่จำเป็นประกอบด้วย

4.1 การสนทนา การแยกตัวเอนกขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งเป็นผลมาจากอาการ ทางจิต ทำให้รูปแบบการสนทนาสูญเสียไป ไม่อาจเริ่มต้นสนทนากับผู้อื่น ได้ กลัวและไม่กล้าที่จะ พุดหรือตอบคำถาม หรือเล่าเรื่องให้ใครฟัง จึงต้องการความช่วยเหลือ เพื่อปรับแก้และปรุงแต่ง พฤติกรรมการสนทนาต่อไป โดยเริ่มจากการช่วยให้ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทได้สนทนากับทีมสุขภาพจิต ก่อน รู้จักพูดคุยเล่าทุกข์สุข ไม่ได้ถึงขณั เกรือหรือไม่พอใจ จะทำให้ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทมีกำลังใจ มั่นใจในการติดต่อสื่อสารต่อไป

4.2 ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ลักษณะความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภท คือ ความสัมพันธ์ในลักษณะการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ข่มขู่ผู้อื่น ชอบเป็นผู้นำผู้อื่น ซึ่ง ลักษณะเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลดี ต้องสนับสนุนผลักดันให้เกิดความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน

4.3 การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีประโยชน์มากเพราะเกิดการเรียนรู้และพบปะ ผู้อื่นในสังคมนั้นตามโอกาส ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะปรับตัว และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดียิ่งขึ้น เช่น การเข้าร่วมชมรมในท้องถิ่น และการไปทำบุญที่วัด เป็นต้น

5. ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการเจ็บป่วย

การรับประทานยาและการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเป็นการดูแลตนเองด้านสุขภาพผู้ที่เป็ นโรคจิตเภท มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการรับรู้ โดยมีการแสดงออกของ พฤติกรรมที่ผิดปกติ จึงทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

5.1 การประเมินความผิดปกติ เป็นกิจกรรมที่ควรดำเนินการเป็นอันดับแรกจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตระหนักถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ก่อน การสังเกตตนเองจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการตัวแข็ง คอแข็ง ตัวสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ เป็นต้น หลังจากการประเมินอาการผิดปกติดังกล่าว แล้วความต้องการการช่วยเหลือก็จะตามมา

5.2 การขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลสุขภาพ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือคนใกล้ชิดได้ เช่น การปรึกษาญาติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงการให้ญาติพาไปพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่งการขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างญาติกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

5.3 ความร่วมมือในการรักษา มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายของการรักษา ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นผลดีของการรักษาแต่ละวิธี และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ควบคุมอาการผิดปกติทางจิตได้ โอกาสกลับเป็นซ้ำลดลง

5.4 การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออก เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะแสดงออกมาในรูปความผิดปกติของพฤติกรรม ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงต้องมุ่งเน้นที่ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมการแสดงออก เช่น เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะไม่พูดโต้เถียงหรือขว้างปาสิ่งของ อาจใช้วิธีเดินหนีหรือไม่โต้เถียงขณะโกรธ เป็นต้น

5. การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

แนวความคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาล เพียงแต่การดูแลในสมัยก่อนไม่สลับซับซ้อนเช่นปัจจุบัน ต่อมาได้มีโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านขึ้นเป็นครั้งแรกที่ประเทศเบลเยียมและได้ขยายไปสู่สหรัฐอเมริกา จึงเริ่มมีการดูแลในรูปแบบนี้มาตั้งแต่ปลายปี ค.ศ.1800 โดยที่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท (Stanhope & Lancaster, 1988)

เมื่อประมาณ ค.ศ.1955 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีแนวโน้มสู่การดูแลแบบจิตเวชสากลมากขึ้น ซึ่งจะเน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่กับครอบครัว โดยอยู่โรงพยาบาลให้สั้นลงและให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (Francell, conn & Gray, 1988)

สำหรับในประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีมาแต่ดั้งเดิม โดยได้รับการดูแลจากพระหรือผู้มีคาถาเวทมนต์ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2540) ซึ่งในสมัยนั้นชาวบ้านยังเชื่อว่าครอบครัว

ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งความเชื่อมั่นเช่นนั้นได้สืบทอดกันมาจนกระทั่งปัจจุบัน (ศิริพร จีรวัดน์กุล, 2538)

แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสมัยใหม่ได้เริ่มเข้ามาในประเทศไทยเกือบ 50 ปีก่อน โดยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั่วไป ที่จัดให้มีการบริการเยี่ยมบ้าน (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) ใน พ.ศ. 2517 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และเห็นว่า การดูแลที่บ้านจะช่วยแก้ปัญหาได้ จึงจัดบริการรูปแบบนี้ขึ้นมารองรับ (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2535) สำหรับแนวคิดจิตเวชชุมชนได้เริ่มวางเป็นนโยบายครั้งแรกในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) (ศิริพร จีรวัดน์กุล, 2538) เมื่อสิ้นสุดแผนฉบับนี้แล้ว งานสุขภาพจิตจึงเริ่มกระจายสู่ชุมชนอย่างแท้จริง (วราภรณ์ จรเจริญ, 2540)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีมานานแล้ว แต่เป็นลักษณะของการดูแลกันเองในครอบครัว ต่อมาจึงมีระบบหรือรูปแบบการดูแลที่ดีขึ้น ซึ่งอยู่ในรูปของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น มีบุคลากรทางสุขภาพจิตไปให้การช่วยเหลือดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลในลักษณะนี้ในประเทศไทยได้รับการพัฒนามาตามลำดับแต่ก็ยังถือว่าช้ามาก ปัจจุบันถึงแม้ประชาชนมีความต้องการบริการมากขึ้น แต่หลักการหรือรูปแบบที่เหมาะสมถูกต้องก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจที่จะนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีการพัฒนากันต่อไป

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การศึกษาความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่อาจมีอิทธิพลต่อความต้องการการบริการด้วย ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นที่ต้องการดูแล

5.1.1 ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สมาชิกครอบครัวที่เป็นมารดา จะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสมาชิกคนอื่น เพราะต้องมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวทุกคนในทุกๆ เรื่อง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2535)

5.1.2 เพศ

เพศหญิงจะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบทบาทนี้มักจะเป็นธรรมชาติของเพศหญิง ส่วนเพศชายจะเป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒินิช, 2537) และจากการศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2535) พบว่า เพศหญิงจะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ซึ่งจากความเชื่อ ทัศนคติ และธรรมชาติของเพศที่ต่างกันเช่นนี้จะมีผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ ตลอดจนมีความเห็นต่อการเจ็บป่วยต่างกัน (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537)

5.1.3 อายุ

เนื่องจากประสบการณ์ในอดีตจะส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตัวเองและผู้อื่น ทำให้ความต้องการการพึ่งพาจะต่างกัน เช่น วัยรุ่น จะเผชิญปัญหาเฉพาะหน้าผู้ใหญ่มากกว่าผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่ได้ ทำให้มีการตัดสินใจและทักษะในการจัดการปัญหาไม่ดี (วิลสัน ภูวราวุฒินิช, 2537) ในวัยผู้ใหญ่จะมีการปรับตัวต่อปัญหาและความเครียดได้ดี เนื่องจากความสามารถในการปรับแก้ปัญหามักจะพัฒนาขึ้นจนค่อนข้างถาวรเมื่ออายุ 30 ปี และจะสามารถพัฒนาได้อีก (Antonovsk, 1987)

5.1.4 สถานภาพสมรส

สมาชิกครอบครัวที่สมรสแล้ว จะมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าสถานภาพอื่น เพราะต้องสร้างครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น มีความรับผิดชอบอื่นๆ และความสัมพันธ์ในครอบครัว หากกรณีคู่สมรสเจ็บป่วย ถ้ามีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจให้การดูแลมากกว่า ความเครียดก็จะน้อยกว่าคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพต่อกันไม่ดี (วิลสัน ภูวราวุฒินิช, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า กลุ่มสมาชิกที่มีคู่สมรสจะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมาก สามารถลดความเครียดต่างๆ ได้ จึงส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนกลุ่มสมาชิกที่โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย ส่งผลให้มีความต้องการช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มแรก (Warkcit, 1987) อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

5.1.5 ระดับการศึกษา

ผู้ที่มีการศึกษาคือ มักจะมีอาชีพและรายได้ที่ดีด้วย ทำให้มีความสนใจสุขภาพมีโอกาสนำบริการที่ดีได้มากกว่าผู้มีการศึกษาคต่ำที่ส่วนมากจะมีอาชีพที่ใช้แรงงาน เช่น เกษตรกรรม รับจ้าง เป็นต้น ทำให้มีรายได้ต่ำไปด้วย จึงมักจะสนใจเรื่องเศรษฐกิจมากกว่าที่จะสนใจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเอง (Hallingshead, 1983 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536) นอกจากนี้ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีการใช้เหตุและผล ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่ากัน ตลอดจนรู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ได้ดีและหลากหลายต่างกันด้วย (วิลสัน ภูวราวุฒินิช, 2537)

5.1.6 อาชีพ

ครอบครัวที่มีอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมและรับจ้างจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากมีการศึกษาคต่ำ ขาดความรู้ ความเข้าใจในเหตุและผล และไม่มีโอกาสนำบริการที่มีคุณภาพได้ด้วย (Hallingshead, 1983 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

5.1.7 ความพอเพียงของรายได้และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน

ผู้มีรายได้พอเพียงอาจสนองความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตได้ เช่น มีอาหารที่พอเพียง มีที่อยู่อาศัย มีความปลอดภัย มีนันทนาการและฐานะทางสังคม เป็นต้น จะเห็นว่าครอบครัวที่มีหนี้สินจะมีความวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีหนี้สิน (ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2537) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความเจ็บป่วยของสมาชิกจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถทำงานหรือไม่มีงานทำ ครอบครัวจะต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอีก โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวอาจจะให้หางานทำเพื่อจะได้นำเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ, 2541)

5.1.8 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล

ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อปัญหาหรือภาระต่างๆ ได้ดีขึ้น ประกอบกับหากผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่อาการสงบ ไม่มีอาการกำเริบหรือรุนแรง ก็จะช่วยเหลือให้เกิดการปรับตัวได้ดี (ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2537) จะเห็นว่าบุคคลเมื่อรับรู้ต่อภาวะเครียดในระยะแรกๆ ความเครียดจะอยู่ในระดับสูง จะมีการใช้กระบวนการแก้ปัญหาที่เคยใช้ ถ้าการตอบสนองล้มเหลวความเครียดจะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องพยายามดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวมาใช้จนเกิดความสมดุล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีสมาชิกคนอื่นป่วยเพิ่มขึ้นมาอีก ก็จะเป็นภาระและต้องอาศัยการปรับตัวอีกมาก (Antonovsky, 1987)

5.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

มีรายงานการศึกษาและอธิบายถึงความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไว้ดังนี้

ชนะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ (2531) อธิบายวิธีปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

5.2.1 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

5.2.2 หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มากๆ ในครอบครัว อารมณ์นี้ หมายถึง อารมณ์โกรธเกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหวั่นไหวที่มากเกินไป

5.2.3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และหากผู้ป่วยยังพอฟังเข้าใจได้ ญาติควรพูดคุยและอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา

5.2.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

5.2.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เบื่ออาหารและแยกตัว ไม่เข้าสังคม โดยที่เป็นอาการของการเจ็บป่วย การกระตุ้นให้หายเหี่ยวชานนั้นอาจให้ผู้ป่วยทำงาน โดยเริ่มจากงานที่ง่ายๆ ก่อน เช่น ให้ดูแลที่นอนของตนเอง ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ภูบ้าน ล้างชาม งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยจะทำได้โดยไม่เครียดมากเกินไป

5.2.6 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดหัวเราะคนเดียว ซึ่งถ้าไม่บ่อยหรือไม่มากญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้ตอบผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ข้อควรระวังคือ ญาติไม่ควรแสดงความโกรธ ตำหนิ หรือดูว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง

5.2.7 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ซึ่งถ้าไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตราย ญาติอาจเพิกเฉย ไม่ได้แย้งถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น ญาติอาจลองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังเลยหรือโกรธ แสดงว่ายังไม่เข้าใจที่จะพูดกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ ญาติควรรับฟังเรื่อยๆ ก่อนและบอกอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบ ถ้ามีลักษณะที่อันตรายคือชีวิตและทรัพย์สินควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยด่วน

รจนา กุลรัตน์ (2532) ได้อธิบายถึงข้อควรปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

- * ไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง
- * ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ
- * พาหรือเตือนให้ผู้ป่วยไปรับยาเมื่อยาหมด
- * พาหรือเตือนผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด
- * สนับสนุนให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีขึ้น
- * ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เสพสิ่งเสพติด
- * ให้การยอมรับผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกอื่นๆ ในบ้าน

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ได้สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมเป็น 6 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านความเป็นอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวช ถ้าผู้ป่วยมีระดับอาการค่อนข้างดี หรือมีการช่วยเหลือดูแลในด้านความเป็นอยู่ได้ไม่มากนัก เช่น การเตือนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การจัดหาของใช้และการจัดให้เป็นระเบียบเรียบร้อยการจัดสถานที่พักให้เหมาะสม

(2) ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง ครอบครัวจะลดน้อยลง

(3) ด้านสังคม มีการกระตุ้นผู้ป่วยทางด้านสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การชวนผู้ป่วยออกไปเที่ยวเตร่ สังสรรค์ พุดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือร่วมงานและกิจกรรม เป็นต้น

(4) ด้านอารมณ์และจิตใจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ถูกต้องแล้ว จะให้การดูแลด้านนี้ได้ดี เช่น พยายามชมเชย ให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่แสดงอารมณ์หรือว่าผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ ลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวแก่ผู้ป่วยได้

(5) ด้านการรักษา ต้องกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัดและเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อจากโรงพยาบาล

(6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง คือ การกระตุ้นและฝึกฝนผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมของครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นสุข สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้วก็จะสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ในที่สุดด้วย

อร่ามศรี เกสจินดา (2537) ได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติว่าญาติไม่ควรคาดหวังมากเกินไป ควรเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคว่าผู้ป่วยมักจะซึมเฉย ไม่กระตือรือร้น และนอนมากเกินไป ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นคนขี้เกียจมาก ญาติไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยเกเร ครอบงำ รับสภาพว่าผู้ป่วยเองอาจมีความสุขกับการแยกตัวมากกว่าการเข้าสังคม การช่วยเหลือคือ “การกระตุ้น” ผู้ป่วยและใช้หลักการของการ “ผ่อนปรน” คือ อนุญาตบ้างแต่ไม่ใช่ยอมหมด เพราะการกระตุ้นมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหูแว่ว หวาดระแวง หรืออะละเว่นวายได้ ซึ่งแนวทางปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้

- * ยอมรับผู้ป่วย
- * จู้จี้บ่นให้น้อยที่สุด
- * อย่ากระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป
- * อย่าแสดงความกระตือรือร้นต่อผู้ป่วยมากเกินไป
- * อย่ายุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยจนเกินไป
- * อนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้างตามความเหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีภาวะแตกต่างกันมากน้อยไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของโรค ความรุนแรงของพฤติกรรม และความสามารถในการดูแลสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม สมาชิกในครอบครัวควรต้องมีการสังเกตที่ดี มีความอดทน รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจอย่างเหมาะสมว่าเมื่อไหร่จึงจะนำผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

สมาชิกในครอบครัวมักเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดา สามีภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง อาจจะมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินการดูแลผู้ป่วย และ

ในบางครั้งบุคคลเหล่านี้อาจจะต้องจ้างบุคคลอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อผ่อนภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวลงบ้าง

5.3 บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท

สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข ได้แก่ การหาปัจจัยที่สืการเลี้ยงดูและให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก เป็นต้น สำหรับบทบาทที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระอย่างมาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลเพียงระยะหนึ่งเท่านั้น เมื่ออาการทุเลาลงก็จะกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งผลให้ครอบครัวกลายเป็นผู้มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2542) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านนี้จะต้องรับภาระมากขึ้นแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างก็จะไม่เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวมากนัก แต่ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือมีอาการทางจิตรุนแรงเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีภาระเพิ่มขึ้นอีก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่วนมากมักมีอาการเรื้อรัง และต้องการการดูแลช่วยเหลือไปตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) สมาชิกในครอบครัวจึงต้องปรับบทบาทรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเป็นเวลานาน

6. กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Orem, 1991) ผู้ศึกษาทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของพวงเพ็ญ เจริญปัญญารัช และคณะ (2542) เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ซึ่งครอบคลุมการดูแลตนเอง 5 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้าน อาหาร/น้ำ และการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อน และนันทนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลทั้ง 5 ด้านนี้ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้ง 3 ลักษณะตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1. ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นจิตเภท โดยยึดหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิตตาม ICD -10 ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุดรธานี ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และจำหน่ายกลับบ้านในช่วงเดือน ตุลาคม 2547 – มีนาคม 2548 โดยไม่จำกัดเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive – random sampling) จำนวน 65 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ศึกษานำมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของพวงเพ็ญ เกี่ยมปัญญาธิ (2542) ซึ่งนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดในระดับสูงเท่ากับ 0.90 ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์และบริบทของชุมชน เพื่อประเมินและสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเอง 5 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 45 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นข้อความทางบวก 35 ข้อและข้อความทางลบ 10 ข้อ แบ่งเป็นการดูแลตนเองด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร/ น้ำและการขับถ่าย 10 ข้อ การดูแลความสะอาดของร่างกาย 8 ข้อ การพักผ่อนและนันทนาการ 7 ข้อ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น 6 ข้อ และการจัดการกับการ

เจ็บป่วยและการรับประทานยา 14 ข้อ แบบเลือกตอบ 5 ระดับจากกิจกรรมนั้นปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่กระทำเลย

ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน หรือ ไม่ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	4
ไม่ปฏิบัติเลย	1	5

การแปลผลคะแนนรายข้อ

เกณฑ์ในการแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแปลผลคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	ระดับดีมาก
3.50 – 4.49	ระดับดี
2.50 – 3.49	ระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	ระดับต่ำ
1.00 – 1.49	ระดับต่ำมาก

คะแนนโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยแบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 – 5.00	ระดับดีมาก
3.50 – 4.49	ระดับดี
2.50 – 3.49	ระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	ระดับต่ำ
1.00 – 1.49	ระดับต่ำมาก

3. การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านการพิจารณาโดยผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม และผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 ท่าน นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความตรงโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.90 โดยใช้สูตร ยุวดี ฤาชา และคณะ (2537)

$$\alpha = \left(\frac{n}{n-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{\sum st^2} \right)$$

α = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

N = จำนวนข้อของแบบวัด

SI^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อผู้อำนวยการเพื่อทำวิจัย การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจวัตถุประสงค์การทำวิจัย พร้อมลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา รวมทั้งชี้แจงเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม โดยให้เวลาศึกษารายละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

4.3 ขอรายชื่อผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุดรธานีที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระหว่างเดือน ตุลาคม 2547 – เดือน มีนาคม 2548 จากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กำหนดวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานไปยังหน่วยงานสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วเก็บข้อมูลตามวัน เวลา ที่กำหนดตามขั้นตอน โดยคณะผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ป่วยยินยอมจึงสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังและตอบตามแบบสอบถามทีละข้อ

4.4 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม

4.5 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายมาคิดเป็นคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC (Statistical Package of social science/ Personal computer plus)

โดยแยกวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย
2. ข้อมูลด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยใช้ ไคสแคว (Chi Square)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจในการร่วมวิจัยครั้งนี้พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือตอบปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และจำหน่ายกลับบ้านระหว่างเดือนตุลาคม 2547 – มีนาคม 2548 ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุดรธานีทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 65 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบตาราง แบ่งเนื้อหาการนำเสนอข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่วนมากเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67.7 และเพศหญิง ร้อยละ 32.3 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมาคืออายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.2 อายุเฉลี่ย 33.95 ปี สถานภาพสมรสโสดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 18.5 ระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.9 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.8 และการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 35.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ (n=65)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	67.7
หญิง	21	32.3
รวม	65	100
อายุ		
11-20 ปี	5	7.7
21-30 ปี	17	26.2
31-40 ปี	27	41.5
41-50 ปี	15	23.1
71-80 ปี	1	1.5
รวม	65	100
อายุเฉลี่ย 33.95 ปี SD=9.44		
- อายุต่ำสุด 16 ปี		
- อายุสูงสุด 73 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	39	60.0
คู่	12	18.5
หม้าย	2	3.1
หย่า	5	7.7
แยกกันอยู่	7	10.8
รวม	65	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	4.6
ประถมศึกษา	37	56.9
มัธยมศึกษา	20	30.8
ปวส./อนุปริญญาตรี	2	3.1
ปริญญาตรี	3	4.6
รวม	65	100

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ (n=65) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	38.5
เกษตรกรกรรม	23	35.4
รับจ้าง	14	21.5
ค้าขาย	1	1.5
รับราชการ	2	3.1
รวม	65	100

1.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมา คือ รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 3,001 – 6,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 40.0 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.3 รองลงมาอยู่ระหว่าง 4-6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.4 น. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วงระยะเวลา 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมาคือระยะ 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.2 และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 72.3 และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 27.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งแยกตามรายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน	31	47.7
3,0001 – 6,000 บาท/เดือน	26	40.0
6,001 – 10,000 บาท/เดือน	6	9.2
10,0002 - 20,000 บาท/เดือน	2	3.1
รวม	65	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแยกตามรายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1-3 ครั้ง	47	72.3
4-6 ครั้ง	10	13.4
7-10 ครั้ง	3	4.6
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	5	7.7
รวม	65	100
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	2	3.1
1-3 ปี	31	47.7
4-6 ปี	19	29.2
7-10 ปี	10	15.4
10 ปีขึ้นไป	3	4.6
รวม	65	100
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน		
เคย	47	72.3
ไม่เคย	18	27.7
รวม	65	100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2.1 ข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำ และการขับถ่าย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำ และการขับถ่ายโดยเฉลี่ยในระดับดี ($\bar{x} = 3.79$, $SD = 1.01$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายจึงพบว่า

ข้อที่มีการปฏิบัติในระดับดีมากได้แก่ ข้อที่ไม่ดื่มชา หรือ กาแฟมากกว่าวันละ 1 แก้ว หรือหนึ่งกระป๋อง ($\bar{x} = 4.65$, $SD = 0.78$) ข้อที่มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ ผัก ผลไม้ ไข่ ($\bar{x} = 3.43$, $SD = 0.92$) รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น น้ำตก ลาบ แหนม ($\bar{x} = 3.46$, $SD = 0.98$) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ($\bar{x} = 4.38$, $SD = 0.80$) และข้อรับประทานอาหาร ผักผลไม้ อาหารที่มีกาก หรือดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้การขับถ่ายสะดวก ($\bar{x} = 3.03$, $SD = 1.10$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำ และการขับถ่าย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	การแปลผล (ระดับ)
1. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และตรงตามเวลาอาหารในแต่ละมื้อ	3.98	0.84	ดี
2. รับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ ผัก ผลไม้ ไข่ เป็นต้น	3.43	0.92	ปานกลาง
3. รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น น้ำตก ลาบ แหนม	3.46	0.98	ปานกลาง
4. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร	3.75	0.98	ดี
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด เช่น แมลงวันตอม	3.54	1.32	ดี
6. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.88	1.08	ดี
7. การสูบบุหรี่	3.80	9.30	ดี
8. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	4.38	0.80	ปานกลาง
9. ดื่มชา หรือกาแฟมากกว่าวันละ 1 แก้วหรือ 1 กระป๋อง	4.65	0.78	ดีมาก
10. รับประทานอาหาร ผักผลไม้ อาหารที่มีกาก หรือดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้การขับถ่ายสะดวก	3.03	1.10	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน อาหาร น้ำ และการขับถ่าย โดยรวม	3.79	1.01	ดี

2.2 ข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกายโดยรวมในระดับดี ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.04$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ได้แก่ การตัดเล็บมือให้สั้นเมื่อเห็นว่ายาว ($\bar{x} = 4.60$, $SD = 0.88$) และข้อปฏิบัติในระดับปานกลาง ได้แก่ ข้อแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ($\bar{x} = 3.00$, $SD = 1.50$) การแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่ ($\bar{x} = 3.37$, $SD = 0.99$) การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ เป็นหวัด ไอ หรือ จาม ($\bar{x} = 2.95$, $SD = 1.33$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	การแปลผล (ระดับ)
1. อาบน้ำและถูตัวด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง	3.94	0.90	ดี
2. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	3.00	1.50	ปานกลาง
3. สระผมโดยใช้สบู่หรือแชมพูสระผมอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	3.60	1.01	ดี
4. ตัดเล็บมือให้สั้นเมื่อเห็นว่ายาว	4.60	0.88	ดีมาก
5. เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ที่สะอาดทุกวัน	4.23	0.75	ดี
6. สวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อเดินออกจากบ้าน	4.26	0.97	ดี
7. แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่	3.37	0.99	ปานกลาง
8. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่เป็นหวัด ไอ หรือ จาม	2.95	1.33	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลด้านความสะอาดของร่างกายโดยรวม	3.74	1.04	ดี

2.3 ข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ โดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.83$, $SD = 1.11$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีการปฏิบัติในระดับต่ำ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ ประมาณ 15-30 นาที ($\bar{x} = 2.17$, $SD = 1.18$) ข้อสวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน ($\bar{x} = 2.15$, $SD = 1.19$) และไปร่วมทำบุญตักบาตรในเทศกาลวันขึ้นปีใหม่ วันเข้าพรรษา และวันสำคัญต่างๆ ($\bar{x} = 2.38$, $SD = 1.14$) ข้อที่มีการปฏิบัติในระดับดีได้แก่ นอนหลับกลางคืนได้ติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\bar{x} = 4.26$, $SD = 0.78$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	การแปลผล (ระดับ)
1. นอนหลับกลางคืนได้ติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชม.	4.26	0.78	ดี
2. กลางวันทำน้บหลับมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน	2.75	0.99	ปานกลาง
3. ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ ประมาณ 15-30 นาที	2.17	1.18	ต่ำ
4. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือรดต้นไม้เพื่อความเพลิดเพลิน	2.71	1.31	ปานกลาง
5. ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร ล้างจาน	3.38	1.18	ปานกลาง
6. ไปร่วมทำบุญตักบาตรในเทศกาลปีใหม่ วันเข้าพรรษา และวันสำคัญต่างๆ	2.38	1.14	ต่ำ
7. สวดมนต์ก่อนนอนทุกวัน	2.15	1.19	ต่ำ
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการโดยรวม	2.83	1.11	ปานกลาง

2.4 ข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.52$, $SD = 1.15$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีการปฏิบัติในระดับต่ำได้แก่การออกไปสังสรรค์กับคนอื่นนอกบ้าน ($\bar{x} = 2.31$, $SD = 1.09$) และข้อที่มีการปฏิบัติในระดับดี ได้แก่ การร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิกอื่นในครอบครัว ($\bar{x} = 3.82$, $SD = 0.97$) พุดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ($\bar{x} = 3.65$, $SD = 1.22$) เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะไม่พูดโต้เถียงหรือขว้างปาสิ่งของ ($\bar{x} = 4.18$, $SD = 1.18$) และเมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะเดินหนีหรือไม่ได้โต้เถียง ($\bar{x} = 3.65$, $SD = 1.42$) ข้อที่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลางได้แก่ในกลางวันจะอยู่คนเดียวไม่ได้พุดคุยกับใครเลยมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมง ($\bar{x} = 3.49$, $SD = 1.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	การแปลผล (ระดับ)
1. รับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว	3.82	0.97	ดี
2. พุดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท	3.65	1.22	ดี
3. ออกไปสังสรรค์กับคนอื่นนอกบ้าน	2.31	1.09	ต่ำ
4. เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะเดินหนีหรือไม่ได้โต้เถียง	3.65	1.42	ดี
5. เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะพูดโต้เถียงหรือขว้างปาสิ่งของ	4.18	1.18	ดี
6. ในกลางวันจะอยู่คนเดียวไม่ได้พุดคุยกับใครเลยมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมง	3.49	1.01	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น โดยรวม	3.52	1.15	ดี

2.5 ข้อมูลของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับการเจ็บป่วยและการรับประทานยา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับการเจ็บป่วยและการรับประทานยาโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.47$, $SD = 1.25$) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าข้อที่มีการปฏิบัติในระดับต่ำ ได้แก่ ข้อปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับติดกัน 2-3 วัน ($\bar{x} = 2.11$, $SD = 1.36$) และข้อที่มีการปฏิบัติในระดับดีมาก ได้แก่ การรับประทานยาตามเวลาที่ ได้รับคำแนะนำ ($\bar{x} = 4.54$, $SD = 0.90$) และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ($\bar{x} = 4.65$, $SD = 0.82$)

ข้อที่มีการปฏิบัติระดับดี คือ ข้อไม่หยุดรับประทานยาเพราะว่าอายกลัวคนอื่นว่าเป็นโรคจิต ($\bar{x} = 3.91$, $SD = 1.10$) ไม่ควรกินยาก่อนนอนเพิ่ม เมื่อรู้สึกง่วงนอนไม่หลับ ($\bar{x} = 4.08$, $SD = 1.23$) ท่านไม่หยุดกินยาเมื่อคิดว่าอาการดีแล้ว หายป่วยแล้ว ($\bar{x} = 3.85$, $SD = 1.18$) ท่านจะรับประทานยาเมื่อญาติบอกหรือเตือนเมื่อถึงเวลา ($\bar{x} = 4.03$, $SD = 1.15$) และมาพบแพทย์ทันทีเมื่ออาการกำเริบ เช่น หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ซึมเศร้า ($\bar{x} = 3.63$, $SD = 1.32$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับการเจ็บป่วยและการรับประทานยา

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	การแปลผล (ระดับ)
1. รับประทานยาตามเวลาที่ ได้รับคำแนะนำ	4.54	0.90	ดีมาก
2. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	4.65	0.82	ดีมาก
3. เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมาก นอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโหง่าย ควรมาพบแพทย์	3.42	1.29	ปานกลาง
4. เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาหยุดรับประทานยาและมาพบแพทย์ทันที (ลิ้นแข็ง คอแข็ง นั่งไม่ติดที่)	2.68	1.56	ปานกลาง
5. ท่านจะหยุดกินยาเพราะว่าอายกลัวคนอื่นว่าเป็นโรคจิต	3.91	1.10	ดี
6. ปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับ 2-3 วันติดกัน	2.11	1.36	ต่ำ
7. ท่านควรกินยาก่อนนอนเพิ่มขึ้น เมื่อรู้สึกง่วงนอนไม่หลับ	4.08	1.23	ดี

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	การแปลผล (ระดับ)
8. ท่านจะหยุดกินยา คิดว่าอาการดีแล้ว หายป่วยแล้ว	3.85	1.18	ดี
9. แม้ว่ามีอาการดีแล้ว ท่านก็จะพามาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 6 เดือน	3.31	1.35	ปานกลาง
10. เมื่อมีอาการง่วงนอน เวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวแข็ง มือสั่น มีผื่นคัน ฯลฯ แม้มีอาการเพียงเล็กน้อยท่านก็จะหยุดกินยา เพราะแสดงว่ายาชุดนั้นไม่ถูกกับโรคของตน	2.38	1.54	ปานกลาง
11. ท่านจะรับประทานยาเมื่อญาติบอกหรือเตือนเมื่อถึงเวลา	4.03	1.15	ดี
12. ปรีกษาศาติหรือผู้ใกล้ชิดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ความคิดฟุ้งซ่าน	2.65	1.28	ปานกลาง
13. มาพบแพทย์ด้วยตนเองหรือบอกญาติมาพบแพทย์แทนท่านในวันที่แพทย์นัด	3.32	1.38	ปานกลาง
14. มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการกำเริบ เช่น หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ซึมเศร้า	3.63	1.32	ดี
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยาโดยรวม	3.47	1.25	ปานกลาง

2.6 ข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยภาพรวมผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชน พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.47$, $SD = 1.11$) มีการดูแลตนเองในระดับดี ได้แก่ ด้านอาหาร/ น้ำ และการขับถ่าย ($\bar{x} = 3.79$, $SD = 1.01$) ด้านความสะอาดของร่างกาย ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.04$) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ($\bar{x} = 3.52$, $SD = 1.15$) และมี พฤติกรรม การดูแลตนเองระดับปานกลางในด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ($\bar{x} = 2.83$, $SD = 1.11$) และด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา ($\bar{x} = 3.47$, $SD = 1.25$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกรายด้าน โดยรวม (N = 65)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	Mean	SD	การแปลผล (ระดับ)
ด้านอาหาร/ น้ำ และการขับถ่าย	3.79	1.01	ดี
ด้านความสะอาดของร่างกาย	3.74	1.04	ดี
ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ	2.83	1.11	ปานกลาง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	3.52	1.15	ดี
ด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา	3.47	1.25	ปานกลาง
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยรวม	3.47	1.11	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P = 0.001$)

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($P = 0.077$)

กลุ่มตัวอย่างที่สถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($P = 0.167$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($P = 0.007$)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($P = 0.243$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($P = 0.353$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแล
ไม่แตกต่างกัน ($P = 0.887$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P = 0.026$)

กลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน มีพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P = 0.005$)

ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง		X^2	P -Value
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	25 (67.6)	19 (67.9)	9.981	0.001*
หญิง	12 (32.4)	9 (32.1)		
รวม	37 (100)	28 (100)		
อายุ				
ไม่เกิน 30 ปี	11 (29.8)	11 (39.3)	5.139	0.077
31-40 ปี	13 (35.1)	14 (50.0)		
41 ปีขึ้นไป	13 (35.1)	3 (10.7)		
รวม	37 (100)	28 (100)		
สถานภาพสมรส				
โสด	19 (51.4)	20 (71.4)	1.906	0.167
ไม่โสด	18 (48.6)	8 (28.6)		
รวม	37(100)	28(100)		

ตารางที่ 9 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (ต่อ)

	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง		X ²	P -Value
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนกับประถมศึกษา	28 (75.7)	12 (42.9)	5.993	0.007*
มัธยมศึกษาขึ้นไป	9 (24.3)	16 (57.1)		
รวม	37 (100)	28 (100)		
การประกอบอาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	17 (45.9)	8 (28.6)	1.365	0.243
ประกอบอาชีพ	20 (54.1)	20 (71.4)		
รวม	37 (100)	28 (100)		
รายได้				
ไม่เกิน 3,000 บาท	20 (54.1)	11 (39.3)	0.864	0.353
3,000 บาทขึ้นไป	17 (45.9)	17 (60.7)		
รวม	37 (100)	28 (100)		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล				
ไม่เกิน 3 ครั้ง	26 (70.3)	21 (75.0)	0.020	0.887
มากกว่า 3 ครั้ง	11 (29.7)	7 (25.0)		
รวม	37 (100)	28 (100)		
ระยะเวลาเจ็บป่วย				
ไม่เกิน 3 ปี	16 (43.2)	17 (60.7)	2.310	0.026*
มากกว่า 3 ปี	21 (56.8)	11 (39.3)		
รวม	37 (100)	28 (100)		
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง				
เคย	23 (62.2)	24 (85.7)	4.317	0.005*
ไม่เคย	14 (37.8)	4 (14.3)		
รวม	37 (100)	28 (100)		

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นจิตเภท โดยยึดหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิตตาม ICD - 10 มีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ที่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์และจำหน่ายกลับบ้านในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม 2547 ถึงเดือน มีนาคม 2548 จำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนประกอบด้วย

- 2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน อาหาร น้ำ การขับถ่าย
- 2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน ความสะอาดของร่างกาย
- 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ
- 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 2.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับการเจ็บป่วยและการรับประทานยา

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS for Window ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้ไคสแคว (Chi-Square)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 41.5 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.5 มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.7 มีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-3 ครั้ง ร้อยละ 72.3 มีระยะเวลาการ

เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 47.7 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน ร้อยละ 72.3

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง

มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในระดับดี ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร/น้ำ การจับถ่าย ด้านการรักษาความสะอาดของร่างกาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ และด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา

3. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สถานภาพโสด การศึกษาอยู่ในระดับก่อนข้างต่ำ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ค่อนข้างต่ำ เป็นผู้ที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้ว ประมาณ 1-3 ครั้ง มีช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลา 1-3 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ (2542) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองที่บ้านก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.47$ $SD = 1.11$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ (2542) นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวิน (2536) ผลการศึกษานี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็น ส่วนใหญ่ อายุในระหว่าง 31-40 ปี ทำให้สามารถตัดสินใจเลือก กระทำและรับรู้ในสิ่งที่รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดีและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 72.3 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านจากบุคลากรทางสุขภาพจิตมาแล้ว ทำให้สามารถรับรู้ในสิ่งที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lambert & Lambert อ้างใน อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531)

สถานภาพสมรส Hubbard et. al, (1984) รายงานว่ากลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักจะขาดคนปลอดภัย ประคบกับระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 47.7) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ (imcomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการด้านลบ เช่น สีหน้าเฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากไป อ่อนเพลียและแยกตนเอง ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยนั้น เป็นช่วงเวลาที่ทำให้เกิดประสบการณ์ และการเรียนรู้ที่จะพัฒนาการดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับที่ทีมาโนช หล่อตระกูล (2544), Mucser (2004) กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความบกพร่อง ขาดความสนใจในการทำงาน สังคมและการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความบกพร่องในการเรียนรู้อันเป็นเหตุสำคัญของปัญหาการดำเนินชีวิต และในช่วงระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-3 ปี มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-3 ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 72.30) ระยะเวลาดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากญาติ ครอบครัวและบุคลากรทางจิตเวช ทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จากการได้รับความรู้ คำแนะนำและการให้การปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การรับประทานยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อย่อยในแต่ละด้านมีประเด็นน่าสนใจดังนี้

การดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำและการขับถ่าย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง 3 ระดับ คือ ระดับปานกลาง ระดับดีและระดับดีมาก พฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับปานกลางได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ การไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น น้ำตก ลาบ แหนม การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ การรับประทานอาหารเช้า ผลไม้ที่มีกากหรือดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้การขับถ่ายสะดวก และดีมากในเรื่องการงดดื่มชาหรือกาแฟมากกว่าวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กระป๋อง ($\bar{x} = 4.65$, $SD = 0.78$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อาศัยในชนบท ชุมชนภาคอีสานเป็นเพศชาย ร้อยละ 67.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.5 วิถีชีวิตประจำวันส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท มีอาชีพเกษตรกรรม ใช้ชีวิตที่เรียบง่ายมีเวลาในการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ 3 มื้อ แต่ยังคงดื่มสุรา เบียร์และรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น น้ำตก ลาบ แหนม สาเหตุจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ซึ่งค่านิยมทางสังคม จากการศึกษาของ คารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ (2546) ศึกษาแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีรายได้น้อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ร้อยละ 44 มีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา ค่านิยม สังคมวัฒนธรรมมีผลอย่างมากในการดื่มสุราและกลายเป็นเครื่องมือเชื่อมโยงอารมณ์ของคนในทุกสถานการณ์ ทุกเพศ ทุกวัย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่วนการงดดื่มกาแฟมากกว่าวันละ 1 แก้ว กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวในระดับดีมากเนื่องจากส่วนใหญ่อาศัยในชนบท วิถีชีวิตยังไม่นิยมดื่มชาหรือกาแฟ ซึ่งเมื่อประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำ และการขับถ่ายโดยรวม กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวในระดับดี คือ ได้ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมณฑา บุญชัย (2545) พวงเพ็ญ เข็มปัญญารักษ์ และคณะ (2542) นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชนมน สุยะชีวิน (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลที่เหมาะสมในเรื่องความสะอาดของการรับประทานอาหารเช้า/น้ำ/การขับถ่าย

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านความสะอาดร่างกาย พฤติกรรม การดูแล โดยรวมปฏิบัติในระดับดี ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.04$) มีระดับปานกลางในเรื่องของการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่ การหลีกเลี่ยงคนที่สูบบุหรี่ ไอหรือจาม สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์ และคณะ (2542) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรม การดูแลที่เหมาะสมในเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกายและจากการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2542) ที่พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงขึ้น อธิบายว่ากิจกรรมการดูแลตนเองเรื่องความสะอาดร่างกายเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนและปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้เป็นประจำ นอกจากนี้อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลนั้น ได้รับการสอน การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดเฉพาะเรื่อง การเน้นย้ำอยู่ตลอดเวลาจากบุคลากรสาธารณสุข เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับสู่ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้ ประกอบกับก่อนกลับบ้านได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ การเตรียมผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสได้เตรียมพร้อมที่จะดูแลตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เรียนรู้การดูแลตนเอง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มให้มีการพบปะ ปรึกษา ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.83$, $SD = 1.11$) มีปฏิบัติตัวในระดับต่ำในรายข้อการออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 15-30 นาที ($\bar{x} = 2.817$, $SD = 1.18$) การทำบุญตักบาตรและการสวดมนต์ก่อนนอน กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นบางครั้งเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนแบบชนบท ซึ่งวิถีชีวิตไม่ได้มีการออกกำลังกายที่เป็นกิจจะลักษณะที่ชัดเจน กิจกรรมการออกกำลังกายจะเป็นการทำงาน ประกอบอาชีพ เช่น การทำงานบ้าน การทำสวน ทำนา เป็นต้น นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายเป็นส่วนใหญ่ และมีอายุในช่วงวัยทำงาน ทำให้กิจกรรมด้านการทำบุญตักบาตร การสวดมนต์เป็นเรื่องที่ไม่เห็นความสำคัญ ซึ่งอาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพก็เป็นข้อจำกัดที่ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือตนเองได้ สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การพิจารณาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ บุคคลมีความคิด อารมณ์ การรับรู้ และการแสดงออกผิดไปจากบุคคลทั่วไป และความผิดปกตินี้ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำกิจวัตรต่างๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) และข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ในระดับดี คือ การนอนหลับกลางคืนได้ติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงผลการรักษาตลอดเวลา ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าคุณภาพตนเองดีหรือยัง และเมื่ออาการดีขึ้นบุคลากรในทีมการพยาบาลจะบอกไว้ ทำให้อาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้แก่ การนอนหลับได้ดี ไม่มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วย

รับรู้และก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและญาติจะได้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบกับการรักษาทางยา ทำให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกยังมีคุณค่าของตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้ ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองและเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ และคณะ (Brown, et. at, 1981)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.52$, $SD = 1.15$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่ได้ใช้เวลาว่างพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดและทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลสัน และ คเนิสล (Wilson & Kneisl, 1988 อ้างใน พวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์ และคณะ 2542) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชประสบปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันให้สมดุลในเรื่องของการอยู่ลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิด และสอดคล้องกับการศึกษาของสมณฑา บุญชัย (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.3 จากการศึกษาของสุรพล ไชยเสนะ (2535) พบว่าพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบมากที่สุด ได้แก่ การให้ความรักความอบอุ่น ความเข้าใจ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดีได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว การพูดคุยเล่าทุกข์สุขให้กับบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะเดินหนี หรือไม่ได้เถียงไม่ขว้างปาสิ่งของ ข้อที่มีคะแนนระดับต่ำ คือ การออกไปสังสรรค์กับคนนอกบ้าน ($\bar{x} = 2.31$, $SD = 1.09$) การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.5) และอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 35.4) ซึ่งเป็นการทำงานในท้องถิ่นและชุมชนของตน ทำให้มีเวลาพบปะสังสรรค์กับคนรอบข้าง (Markides & Martin, 1979) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยมีระยะการเจ็บป่วยระหว่าง 1-3 ปี มากที่สุด ซึ่งมักจะมีความบกพร่องในการพูดคุยสื่อสารกับคนอื่น (Buckwalter & Kerfoot, 1982) หรืออาจจะเนื่องมาจากพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นปัญหาสำหรับชุมชน คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (ศิริวรรณ ถกัษณขจร และคณะ, 2544; Pescosolido et al., 1999) ทักษะการรับรู้และพฤติกรรมแสดงออกของเพื่อนบ้านและชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยในทางลบ คนในชุมชนมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากตัวผู้ป่วยไม่รับผิดชอบตนเอง เป็นเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยนำไปสู่การรังเกียจ โกรธ กลัว ไม่อยากช่วยเหลือและมีปฏิสัมพันธ์ด้วย (Pescosolido et al., 1999) และอาจเนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น เมื่ออาการทางจิตที่รุนแรงลดลง ก็จะได้รับจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ระยะเวลาในการพัฒนาทักษะการติดต่อสื่อสารจากบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลมีไม่มากพอที่จะสอนและฝึกทักษะการสื่อสารได้อย่างต่อเนื่องก่อนจะจำหน่ายกลับบ้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยาโดยรวม

อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.47$, $SD = 1.25$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ได้แก่ การรับประทานอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การไม่หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นและไม่อยากรับประทานยา ไม่กินยาก่อนนอนเพิ่มหรือนอนไม่หลับ การรับประทานยาเมื่อญาติบอกและเมื่อถึงเวลา และมาพบแพทย์ทันทีเมื่ออาการกำเริบ เช่น หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสมในระดับปานกลาง และข้อคะแนนที่อยู่ในระดับต่ำ คือ ปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับมา 2-3 วัน ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของนงเยาว์ พูลศิริ และคณะ (2535) พบว่าพฤติกรรมปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 21.3 และการศึกษาของ Leff et. al, 1973 อ้างใน สนาม บินชัย, 2542) ที่ศึกษาเรื่องเหตุการณ์ในชีวิตและการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาป่วยซ้ำ พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3 อันดับแรก คือ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ไม่ดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 72.3 เคยผ่านการสอนและการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การวางแผนก่อนกลับบ้านซึ่งกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจากแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางจิตเวชเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา แนวทางการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน จากการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2542) ได้ศึกษาผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการได้คำบอก การเน้นย้ำอยู่ตลอดเวลาของแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการข้างเคียงและอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทรมาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างบอกให้ญาติทราบเพื่อหาทางช่วยเหลือ และกลุ่มตัวอย่างบอกว่าไม่ปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน มีพฤติกรรมปฏิบัติน้อยมาก รวมทั้งปรึกษาญาติหรือผู้ใกล้ชิดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ความคิดฟุ้งซ่าน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าอาการต่างๆ เหล่านี้มีความสำคัญที่ต้องบอกให้ญาติทราบ เพื่อหาทางจัดการแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรงตามมา นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติและให้ญาติมาพบแพทย์แทน คำตอบนี้อาจจะมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆ ของโรคที่เป็น และการไม่ตระหนักในการเจ็บป่วยของตน ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของยาต่อการรักษา (นงเยาว์ พูลศิริ และคณะ 2535; มาลี แจ่มพงษ์, 2542 ; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539) ได้มีผู้ศึกษาปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ร้อยละ 54 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอโดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษา รวมถึงไม่เข้าใจถึงเวลาแต่ละมื้อ และระยะเวลาที่ต้องรับประทาน ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและอาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วง ซึม ปากแห้ง คอแห้ง (นงเยาว์ พูลศิริ และคณะ, 3535) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.5) และมี

ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 3,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 47.7) ซึ่งการมาพบแพทย์จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายมากทำให้เป็นอุปสรรคได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และ สุริย์ บุญเฉย (2546) พบว่า การรักษาให้ได้ผลดีควรรักษา ด้วยยาควบคู่กับการรักษาทางจิตใจและทางสังคมมากที่สุด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ก่อนส่งผู้ป่วยกลับชุมชน นุศลากรทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลซึ่งควรที่จะมุ่งการให้ความรู้กับผู้ป่วยจิตเวชในการสอนผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติ เช่น หูแว่ว ภาพหลอน และความผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และชี้ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญในการมาพบแพทย์ด้วยตนเอง รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยไปใช้บริการหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้ไคสแคว (Chi-square) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพศเป็นปัจจัยที่แสดงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่าบทบาททางเพศถูกกำหนดโดยบทบาททางสังคม เพศชาย จะเป็นผู้นำของครอบครัวและสังคมโดยทั่วไป จึงรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองมาก เมื่อเจ็บป่วยจะกระทบต่อบทบาทของตนเอง ความสามารถที่ลดลงทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีค่า เกิดความไม่พอใจในตนเองและไม่พอใจในสิ่งที่สูญเสียไป ส่วนเพศหญิงเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองแต่น้อยกว่าเพศชาย และในทุกสังคมไม่ว่าจะเป็นเชื้อชาติ วัฒนธรรม จะมีความคิดเห็นตรงกันว่าผู้หญิงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ เพศชาย หรือเพศหญิงก็ตาม ในสังคมไทยรวมทั้งสังคมอีสานมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ไว้คือ เพศชาย จะทำงานหาเงิน ในขณะที่เดียวกันผู้หญิงจะอยู่บ้านดูแลกิจกรรมทางบ้าน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) และผลการวิจัยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าเพศชาย

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ จะทำให้เกิดความต้องการเกิดขึ้นเพื่อที่จะปรับให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ เกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การที่บุคคลจะเข้าใจและสามารถบอกถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์จากการเจ็บป่วยนั้น เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ผลการรักษาหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องนอกจากนั้นบุคคลที่เจ็บป่วยต้องยอมรับว่า ขณะนี้ตนเองเจ็บป่วยและต้องการการดูแลตนเอง ระดับการศึกษา ($X^2 = 5.993$, $P < 0.007$) รายละเอียดตารางที่ 9 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ที่อธิบายว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองโดยเฉพาะระดับการศึกษามีผลต่อการพัฒนาความคิด สถิติปัญหา

เพื่อช่วยในการตรวจสอบสถานการณ์การตัดสินใจ ทักษะในการดูแลตนเองจะช่วยให้บุคคลและครอบครัวลดการพึ่งพาวิชาชีพ แต่กลับเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บริการสุขภาพโดยการแสวงหาบริการโดยตรง และเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และใช้ความเชี่ยวชาญทางแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Lipson & Steiger อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) แสดงว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของประชาชนภาคกลางพบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา ที่เป็นเช่นนี้เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องจากวิธีการถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิด แบบของพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องทั้งยังมีโอกาสฝึกฝนแนวปฏิบัติอันเป็นประโยชน์ต่อตนเอง นอกจากนี้จากกล่าวได้ว่าการศึกษาก็เป็นเครื่องมือส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดีขึ้นหรือมีการปรับตัว รวมทั้งดำรงชีวิตด้วยดีและมีความสุขตามศักยภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำการศึกษารั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองในบริบทของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2540). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. นนทบุรี : สยามอินสทิตูทเกิตติ้ง.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (บรรณาธิการ). (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- กิติกร มีทรัพย์. (2533). แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพจิตและวิกลจริตกับการดูแลตนเองในสังคมไทย ในพฤติกรรมสุขภาพ. ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, และจริยา สุทธิสุคนธ์, บรรณาธิการ. มปท.
- ขนาน หัสศิริ และคณะ. (2537). การพัฒนารูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลสวนปรุง.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2535). การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต. รายงานการวิจัย
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. (2541). ผลการปฏิบัติโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปีงบประมาณ 2540-2542. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน. (2543). คู่มือปฏิบัติงาน : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี : สุวรรณอักษร.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และคณะ. (2541). ความต้องการบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล : มุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ปี 2541. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.
- จิราวัฒน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จันทร์หา ชีระสมบุญ. (2542). การประเมินผลโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- จำลอง ดิษยณิษ. (2531). การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช. โครงการตำราแพทย์เชียงใหม่. เชียงใหม่ : เจริญการพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2540). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- ชลีพร ชวงศ์. (2545). รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดิษณี สุทธิปริยาศรี, เพียรวิทย์ ดันติแพทยางกูร และบุญช่วย ดุลยศักดิ์. (2536). ภาวะโภชนาการปกติภาวะโภชนาการเกิน และภาวะโภชนาการน้อย. เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาศาสตร์ สาธารณสุข หน่วยที่ 7 (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทิพาพร พูลศิริ, พิมพ์ภรณ์ สังข์ศรี, วิรัช ลักคนสุวรรณ, ชโลม สรรพสุข, สุวิมล ปริศานุสรณ์ และพัฒน์วดี กมลศิริพิชัยพร. (2535). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา. นครราชสีมา : โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). การดูแลสุขภาพตนเอง : ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. กรุงเทพฯ : มปท.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนฤทัย พงศ์อนุตริ. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 33(3), 99-103.
- นิรนาท วิทโยคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์และชนมน สุยะชีวิน. (2536). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร. 11(1) : 29 : 35.
- นางเยาว์ พูลศิริและคณะ. (2535). บทคัดย่อผลงานวิจัยของหน่วยงานสังกัดกองสุขภาพจิต พ.ศ. 2532-2536. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สักพัฒนาสุขภาพจิต.

- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร : ด้านสุนทราภรณ์พิมพ์.
- ประหยัด ประภาพรรณ. (2539). การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญ
ความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการ
ส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรารธนา ปริจันทร์ และคณะ. (2536). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรม
การเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น : ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช :
ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหา
บัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพลินพิศ จันทศักดิ์, นันทนา รัตนกร, อนุภิชย์ ผ่องแผ้ว, ปัญญวดี สาทิพจันทร์ และสาวิต
พรหมขจร. (2539). การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.
วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 4(2) : 136-138.
- พวงเพ็ญ เข้มปัญญารักษ์, นภวัลย์ กัมพลศิริ, ยาใจ สัทธิมงคล และถวิล นภาพงศ์สุริยา. (2542).
พฤติกรรม的自我แสดงของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ปีที่
13 กรกฎาคม – ธันวาคม, 45-54.
- พันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ. (2540). การพัฒนาการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารกรม
สุขภาพจิต, 4(1), 21-36.
- มานิชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2544). จิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6).
กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิชย์. (2542). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. ตำราจิตเวช
ศาสตร์. ในมานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวณิชย์ (บรรณาธิการ), เชียงใหม่ :
เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2543). โรคจิตเภท ในมานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์
(บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์.
- มณฑนา เจริญกุล. (2543). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สัทธิมงคล. (2539). แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท. วารสาร
พยาบาลศาสตร์, 14 (1) มกราคม-มีนาคม.

- ยุวดี ฤาชา และคณะ. (2537). **วิจัยทางการแพทย์ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4**. กรุงเทพฯ : สยามศิลป์การพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). **ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลัง
จำหน่าย**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2547). **สถิติประจำปี. งานเวชระเบียน**. ขอนแก่น :
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- ราตรี ภูบุญ. (2545). **พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล**. การค้นคว้า
แบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รจนา กุลรัตน์. (2532). **การศึกษาการจัดกลุ่มให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล
สมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสังคม
สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและนำไปใช้**. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหง มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : วิเจอรินติ้ง.
- วิมาลา เจริญชัย. (2545). **พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. การค้นคว้าแบบอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิวัฒน์ ขตาภูฐานนท์ และคณะ. (2536). **คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป**. ขอนแก่น :
โรงพิมพ์ศิริกัญท์.
- วรารณ์ จรเจริญ. (2540). **วิวัฒนาการสุขภาพจิตและการรักษาพยาบาลทางจิตเวช**. พยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ศักดา กาญจนวิโรจน์กุล. (2537). **คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิต**. ขอนแก่น : มปท.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2538). **ชุมชนกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวช**. เอกสารประกอบการประชุม
วิชาการประจำปี ครั้งที่ 12 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย : นนทบุรี.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด
ลำปาง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุวิมล สมิตตะ. (2542). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (1) : มกราคม-มิถุนายน 2542.

สถิต วงศ์สุรประกิจ. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สงวนศรี แต่งบุญงาม. (2537). การศึกษาสภาวะทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมจิตต์ ลูประสงค์, วชิระ เพ็งจันทร์, อัญชลี สีตาเกษ และ สุภาพร ประดับสมุทร. (2538). รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : วิเจ.พรินติ้ง.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ. (2535). ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. รายงานการวิจัย.

สมภพ เรืองตระกูล และ เกรียงไกร แก้วผณีกรังษี. (2536). โรคจิตเภท. ในสมภพ เรืองตระกูล อรพรรณ ทองแดง, เกรียงไกร แก้วผณีกรังษี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, และ เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา (บรรณาธิการ), คู่มือจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.

สมสกุล สุภัทรพันธ์, นุชจรินทร์ โมระประเสริฐ และศศิธร เดชะโกศยะ. (2542). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนและหลังเข้ากลุ่มวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตปี 2542. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต.

สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สถาบันสุขภาพจิต. (2537). การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช ICD-10 ฉบับภาษาไทย.

สุนันทา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อุทัย สุดสุข. (2535). **โครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเองกับนโยบายพัฒนาสาธารณสุข**, วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง. 7 (8) : 4-17.
- อุมาพร ตรังคมบัติ. (2542). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร : ชันคำการพิมพ์.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อร่ามศรี เกสจินดา. (2537). **รายงานการวิจัยเรื่องผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Agthoven, W.M. and Plomp, H.N. (1989). **The Interpretation of Self-care : a difference in outlook between clients and home-nurse**. Soc. Med. 29 (2) : 245-252.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistic : Manual of mental disorder (4th ed.)**. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Chesla. C.A. (1996). **Clients with Schizophrenia and other. Psychotic disorder**. In H.S. Wilson & C.R. Kneisl (Ed). Psychiatric Nursing (5th .ed.). (297-322). Menlo Park : Addison-Wesley Nursing.
- Deam, K. (1989). **Conceptual, theorectical and methodological issue in self-care research**. Soc. Sci. Med. 29 (2) : 117-123.
- Gail Herbert, I. (1998). **Role Evolution of Mental health Clinical Nurse specialist in Home Care**. Journal of clinical Nurse specialist, 12 (1), 38-44.
- Gantz, S.B. (1990). **Self-care : perspective from six disciplines**. Holistic Nurse Pacts. 4 (2) : 1-2. Hill, E, and Smith, N. (1990). **Self care Nursing Promotion of Health**. 2 nd ed. New Jersey : Appleten & Lunge.
- Hourani, L.L, and Khlal, M. 1986. **Determinants of Perceived Mental status and help-seeking behavior** : Preliminary testing of a conceptual model. Soc.Sci. Med. 22 (10) : 1081-1086.
- Hang, M.R., Wykle, M.L., and Namarzi, K.H. (1989). **Self-care among older adults**. Soc. Sci Med. 29 (2) 171-183.
- Jennifer M. Et, al. (2002). **Social Function of persons with Schizophrenia**. Journal of Psychosocial Nursing, 40 (6), 43-50.
- Kaplan, H.I.& Sadock, B.J. (1998). **Kaplan and Sadock's synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences and clinical Psychiatry (8th ed)**. Baltimore : williams & Wilkins.

- Kayama, M. (2001). **Japanese expert Public Health Nurse empower clients with Schizophrenia living in the community.** Journal of Psychosocial Nursing, 39 (2), 40-45.
- Livin, L.S. (1981). **Self-care in health : potentials and pitfalls.** World Health Forum 2 (2) : 177-184.
- Mary, M.D. (2002). **Family Caregivers and Mental Health care System : Reality and Dream.** Journal Archives of Psychiatric Nursing, 15 (1), 39-46.
- Norris, C.M. (1979). **Self-care.** American Journal of Nursing 486-489.
- Orem, D.E. (1991). **Nursing concepts of Practice** (4th ed.). St Louis : Mosby-Year Book.
- Orem, D.E. (1995). **Nursing concepts of Practice** (5th ed.). St Louis : Mosby-Year Book.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing Concepts of Practice** (6th ed.). St Louis : mosby.
- Underwood. (1990). **Orem's Self-care model : Principle and general application.** In W.Reynolds, D. Cormack (Eds). (pp.175-330). Psychiatric and Mental Helth Nursing Theory and Practice London : Chapman and Hall.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines.** Geneva : WHO.

ภาคผนวก

1. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและคณะที่ปรึกษา
2. ประวัติผู้วิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. รายชื่อคณะทำงาน
5. ตารางสถิติที่เกี่ยวข้อง

รายนามคณะผู้ทรงคุณวุฒิและคณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นายแพทย์นพดล	ปฏิทัศน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
นางสมใจ	เจียรพะพงษ์	อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น
นางเสงี่ยม	สารบัณฑิตกุล	พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์
นางละเอียด	ปัญญาใหญ่	พยาบาลวิชาชีพ 8 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นางวัชณี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นายธนิต	โคตมะ	นักสังคมสงเคราะห์ 8 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการ

- | | |
|--|---|
| 1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) | นางเจตน์ภาดา นาคบุตร |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mrs .Jetpada Narkburt |
| 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 1.3 สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422 ต่อ 2304
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 1.4 ประวัติการศึกษา | |
| 1.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและผดุงครรภ์ชั้นสูง | วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา 2530 |
| 1.4.2 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช | |
| 1.4.3 ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช | 24548 |
| 1.5 ผลงานวิจัย | - |

ประวัติผู้วิจัยหลัก

- | | |
|---|---|
| 1. นางธีราพร มณีนาถ (ภาษาไทย) | นางธีราพร มณีนาถ |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mrs. Theraporn Maneenart |
| 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 1.3 สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422 ต่อ 2304
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 1.4 ประวัติการศึกษา | |
| 1.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย | วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ปี พ.ศ.2517 |
| 1.4.2 ประกาศนียบัตร การพยาบาลระบบประสาทวิทยาและสัลยกรรมประสาทศัลยศาสตร์ | |
| | โรงพยาบาลประสาทวิทยาไทย กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2526 |
| 1.4.3 ประกาศนียบัตร สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช | วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จังหวัด
นนทบุรี ปี พ.ศ. 2538 |

1.5 ผลงานวิจัย เป็นผู้ร่วมวิจัย จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่

- 1.5.1 การประเมินผลโครงการผลิตและเผยแพร่สื่อในการรณรงค์สุขภาพจิตครอบครัว ของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2538
- 1.5.2 การศึกษาความรู้ทัศนคติและปัญหาในการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่อโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน (2539)
- 1.5.3 การศึกษาระดับความเครียดผู้ให้การปรึกษาเขต 6 ปี พ.ศ.2542
- 1.5.4 การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)
- 1.5.5 การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัด สุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่ ปี พ.ศ. 2546
- 1.5.6 การศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและจิตลักษณะกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2547
- 1.5.7 การศึกษาผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบวิกฤติใช้หวัคนกในเขต 6 ปี พ.ศ. 2547
- 1.5.8 การศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ได้รับภัยโทษเนื่องในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2547 ในเขต 6 จังหวัด (ขอนแก่น อุดรธานี มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองคาย) ปี พ.ศ.2548

2. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)	นางสาวจรรยา อึ้งสำราญ
(ภาษาอังกฤษ)	Miss Juran Eungsomran
2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย	-
2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7
2.3 สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 0-4322-7422 โทรสาร 0-4322-4722

2.4 ประวัติการศึกษา

- 2.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ปี พ.ศ 2517
- 2.4.2 ประกาศนียบัตรการพยาบาลทางประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลประสาท พญาไท กรุงเทพฯ พ.ศ 2518
- 2.4.3 ปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ 2523
- 2.4.4 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี (หลักสูตร 1 ปี) พ.ศ 2527

2.4.5 ปริญาตรึสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัย

ธรรมาราช พ.ศ 2534

2.4.6 ประกาศนียบัตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันราชานุกูล

กรุงเทพมหานคร พ.ศ 2550

2.5 ผลงานวิจัย

-

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| 3. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) | นายวินยอ | สิงหนาง |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mr. Winyoo | Singanag |
| 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - | |
| 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพ 7 | |
| 3.3 สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422
โทรสาร 0-4322-4722 | |

3.4 ประวัติการศึกษา

2.4.1 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ปี พ.ศ. 2540

3.5 ผลงานวิจัย

-

- | | | |
|--------------------------|---|----------|
| 4. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) | น.ส. สิริมน | ไชยเชษฐ์ |
| (ภาษาอังกฤษ) | Miss. Sirimon | Chaichet |
| 4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - | |
| 4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | นักวิชาการสาธารณสุข 7 | |
| 4.3 สถานที่ทำงาน | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
อ.เมือง จ.อุดรธานี
โทรศัพท์ 0-4222-2356 ต่อ 112
โทรสาร 0-42274-7897 | |

4.4 ประวัติการศึกษา

4.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์ชั้น 1 วิทยาลัยพยาบาลนครรราชสีมา ปี พ.ศ.2524

4.4.2 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2538-2539

4.5 ผลงานวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้เกิดต่อกระจกในผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์) ปี พ.ศ. 2538-2539
- เป็นผู้ร่วมวิจัย 4 เรื่อง
 - ทักษะคนดีผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2542
 - การสำรวจความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สายสามัญ จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2543
 - การวิจัยสมุนไพรกับการรักษาแบบแพทย์ทางเลือกปี พ.ศ. 2545
 - การศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม และจิตลักษณะกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2546

ผลงานทางวิชาการ

- ประเมินผลงานอุบัติเหตุช่วงปีใหม่ พ.ศ. 2547 จังหวัดอุดรธานี
- อัตราชุกการติดเชื้อ HIV หญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ.2544-2545
- การศึกษาความรู้ทัศนคติหญิงบริการเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2543
- อัตราชุกการติดเชื้อ HIV หญิงบริการตรงและแอบแฝง จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ.2544-2545
- พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ทหารเกณฑ์ จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2544-2545
- พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV คนงานชายหญิงโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2544-2545
- คู่มือการสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2546
- คู่มือการสำรวจความพึงพอใจผู้มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดอุดรธานีตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2546

5. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)	นางสุภารัตน์ พรหมกันต์
(ภาษาอังกฤษ)	Mrs. Sudarat Promagun
5.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย	-
5.2 ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5
5.3 สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 0-4322-7422 โทรสาร 0-4322-4722

5.4 ประวัติการศึกษา

5.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์ชั้น 1 วิทยาลัยมหาสารคาม ปี พ.ศ.2544

5.4.2 ครุศาสตร์บัณฑิต (เอกอังกฤษ) มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ปี พ.ศ. 2544

5.5 ผลงานวิจัย

-

แบบสอบถาม

เรื่อง

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน

แบบสอบถามประกอบไปด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 5 ด้าน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

- | | | |
|--|---|--------|
| 1. อายุ.....ปี | ☐ | Age |
| 2. เพศ | ☐ | SEX |
| ☐ ชาย | ☐ หญิง | |
| 3. สถานภาพสมรส | ☐ | STATUS |
| ☐ โสด | ☐ หย่า | |
| ☐ คู่ | ☐ แยกกันอยู่ | |
| ☐ หม้าย | | |
| 4. ระดับการศึกษา | ☐ | EDU |
| ☐ ไม่ได้เรียน | ☐ ปวช. | |
| ☐ ประถมศึกษา | ☐ ปวส./อนุปริญญา | |
| ☐ มัธยมศึกษา | ☐ ปริญญาตรี | |
| 5. อาชีพ | ☐ | WORK |
| ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ | ☐ ค้าขาย | |
| ☐ เกษตรกรรม | ☐ รับราชการ | |
| ☐ รับจ้าง | | |
| 6. รายได้ของครอบครัว (บาท / เดือน) | ☐ | INCOME |
| ☐ น้อยกว่า 3,000 บาท / เดือน | | |
| ☐ 3,001 – 6,000 บาท / เดือน | | |
| ☐ 6,001 – 10,000 บาท / เดือน | | |
| ☐ 10,001 – 20,000 บาท / เดือน | | |

7. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	☐	ADMIT
☐ 1-3 ครั้ง		
☐ 4-6 ครั้ง		
☐ 7-10 ครั้ง		
☐ มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป		
8. ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล	☐	TIME
☐ 1-3 ปี		
☐ 4-6 ปี		
☐ 7-10 ปี		
☐ มากกว่า 10 ปีขึ้นไป		
9. เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน	☐	K
☐ เคยได้รับ		
☐ ไม่เคยได้รับ		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองประกอบด้วย 5 ด้าน

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร+น้ำ และการขับถ่าย
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา

คำชี้แจง

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3-4 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1 ครั้งต่อหนึ่งสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน หรือไม่ปฏิบัติเลย

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร+น้ำและการขับถ่าย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ส่วน ของ ผู้วิจัย
1. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และตรงตามเวลาอาหารในแต่ละมื้อ						A1
2. รับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ ผัก ผลไม้ ไข่ เป็นต้น						A2
3. รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น น้ำตก ลาบ แหนม						A3
4. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร						A4
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด เช่น แมลงวันตอม						A 5
6. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว						A 6
7. การสูบบุหรี่						A 7
8. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์						A 8
9. ดื่มชา หรือกาแฟมากกว่าวันละ 1 แก้วหรือ 1 กระป๋อง						A9
10. รับประทานอาหาร ผักผลไม้ อาหารที่มีกาก หรือดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้การขับถ่ายสะดวก						A10

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับด้านความสะอาดของร่างกาย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ส่วน ของ ผู้วิจัย
1. อาบน้ำและถูตัวด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง						B 1
2. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง						B 2
3. ใช้สบูหรือแอมพูสระผมอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง						B 3

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ส่วน ของ ผู้วิจัย
4. ตัดเล็บมือให้สั้นเมื่อเห็นว่ายาว						B 4
5. เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ที่สะอาดทุกวัน						B 5
6. สวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อเดินออกจากบ้าน						B 6
7. แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับเวลาและสถานที่						B 7
8. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่เป็นหวัด ไอ หรือ จาม						B 8

2.3 พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ส่วน ของ ผู้วิจัย
1. นอนหลับกลางคืนได้ติดต่อกันอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.						C 1
2. กลางวันทำงนงีบหลับมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน						C 2
3. ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ ประมาณ 15-30 นาที						C 3
4. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือรดต้นไม้เพื่อความเพลิดเพลิน						C 4
5. ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร ล้างจาน						C 5
6. ไปทำบุญตักบาตร						C 6
7. สวดมนต์ก่อนนอน						C 7

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

พฤติกรรมการดูแลตนเอง		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ส่วนของ ผู้วิจัย
1. รับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นใน ครอบครัว							D1
2. พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท							D2
3. ออกไปสังสรรค์กับคนอื่นนอกบ้าน							D3
4. เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือ คนใกล้ชิดจะเดินหนีหรือไม่ได้เถียง							D4
5. เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนในครอบครัวหรือ คนใกล้ชิดจะพูดโต้เถียงหรือขว้างปาสิ่งของ							D5
6. ในกลางวันจะอยู่คนเดียว ไม่ได้พูดกับใครเลย มากกว่าวันละ 8 ชั่วโมง							D6

2.5 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการรับประทานยา

พฤติกรรมการดูแลตนเอง		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ส่วน ของ ผู้วิจัย
1. รับประทานยาตามเวลาที่ได้รับคำแนะนำ							E 1
2. รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง							E 2
3. เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมาก นอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโหง่าย ควรมาพบแพทย์ ถึงแม้ไม่ใช่วันนัด							E 3
4. เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาหยุดรับประทานยาและ มาพบแพทย์ทันที (คลื่นไส้ คอเอียง นั่งไม่ติดที่)							E 4
5. ท่านจะหยุดกินยาเพราะอาจกลัวคนอื่นว่าเป็นโรคจิต							E 5

พฤติกรรมการณ์ตนเอง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บาง ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย	ส่วน ของ ผู้วิจัย
6. ปรีกษาแพทยเมื่อนอนไม่หลับ 2-3 วันติดกัน						E 6
7. ท่านควรกินยาถอนนอนเพิ่มขึ้น เมื่อรู้สึกว่านอน ไม่หลับ						E 7
8. ท่านจะหยุดกินยา คิดว่าอาการดีแล้ว หายป่วยแล้ว						E 8
9. แม้ว่มีอาการดีแล้ว ท่านก็จะพามาพบแพทยอย่ง สม่ำเสมอ อย่งน้อยทุก 6 เดือน						E 9
10. เมื่อมีอาการง่วงนอน เวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวแข็ง มือสั่น มีผื่นคัน ฯลฯ แม้ว่มีอาการเพียงเล็กน้อยท่านก็ จะหยุดกินยา เพราะแสดงว่ายาชุดนั้นไม่ถูกกับโรค ของตนเอง						E 10
11. ท่านจะรับประทานยาเมื่อญาติบอกหรือเตือนเมื่อถึง เวลา						E11
12. ปรีกษาญาติหรือผู้ใกล้ชิดเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ไมม่สมาธิ ความคิดฟุ้งซ่าน						E12
13. มาพบแพทยด้วยตนเองหรือบอกญาติมาพบแพทย แทนท่านในวันที่แพทยนัด						E13
14. มาพบแพทยทันทีเมื่อมีอาการกำเริบ เช่น หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน ซึมเศร้า						E14

รายชื่อคณะทำงาน

1. นางธีราพร มณีนาถ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. นางเจตน์ภาดา นาคบุตร	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. น.ส.จุรัญ อึ้งสำราญ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4. นายวิญญู สิงห์นาง	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
5. นางสุภารัตน์ พรหมกัณฑ์	พยาบาลวิชาชีพ 5	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
6. นางปริยาภรณ์ เสริมอ้วน	พยาบาลเทคนิค 6	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
7. นางสาวสิริมน ไชยเชษฐ์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษาและอาชีพ (n=65)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	67.7
หญิง	21	32.3
รวม	65	100
อายุ		
11-20 ปี	5	7.7
21-30 ปี	17	26.2
31-40 ปี	27	41.5
41-50 ปี	15	23.1
71-80 ปี	1	1.5
รวม	65	100
อายุเฉลี่ย 33.95 ปี SD=9.44		
- อายุต่ำสุด 16 ปี		
- อายุสูงสุด 73 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	39	60.0
คู่	12	18.5
หม้าย	2	3.1
หย่า	5	7.7
แยกกันอยู่	7	10.8
รวม	65	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	4.6
ประถมศึกษา	37	56.9
มัธยมศึกษา	20	30.8
ปวส./อนุปริญญาตรี	2	3.1
ปริญญาตรี	3	4.6
รวม	65	100

ตารางที่ 10 **จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส**
ระดับการศึกษาและอาชีพ (n=65) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	38.5
เกษตรกรกรรม	23	35.4
รับจ้าง	14	21.0
ค้าขาย	1	1.5
รับราชการ	2	3.1
รวม	65	100
รายได้ของครอบครัว		
น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน	31	47.7
3,001-6,000 บาท/เดือน	26	40.0
6,001-10,000 บาท/เดือน	6	9.2
10,001-20,000 บาท/เดือน	2	3.1
รวม	65	100
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
1-3 ครั้ง	47	72.3
4-6 ครั้ง	10	13.4
7-10 ครั้ง	3	4.6
มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป	5	7.7
รวม	65	100
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	2	3.1
1-3 ปี	31	47.7
4-6 ปี	19	29.2
7-10 ปี	10	15.4
10 ปีขึ้นไป	3	4.6
รวม	65	100

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษาและอาชีพ (n=65) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน		
เคย	47	72.3
ไม่เคย	18	27.7
รวม	65	100

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร น้ำและการขับถ่าย (n=65)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	ส่วนของ ผู้วิจัย จำนวน (ร้อยละ)
1. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และตรงตามเวลาอาหารในแต่ละมื้อ	22 (33.8)	20 (30.8)	23 (35.4)	0 (00)	0 (00)	A1
2. รับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ ผัก ผลไม้ ไข่ เป็นต้น	10 (15.4)	16 (24.6)	32 (49.2)	6 (9.2)	1 (1.5)	A2
3. รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น น้ำตก ลาบ แหนม	2 (3.1)	8 (12.3)	22 (33.8)	24 (36.9)	9 (13.8)	A3
4. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร	15 (23.1)	27 (41.5)	17 (26.2)	4 (6.2)	2 (3.1)	A4
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด เช่น แมลงวันตอม	18 (27.7)	21 (32.3)	12 (18.5)	6 (9.2)	8 (12.3)	A5
6. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	20 (30.8)	27 (41.5)	12 (18.5)	2 (3.1)	4 (6.2)	A6
7. การสูบบุหรี่	5 (7.7)	5 (7.7)	17 (26.2)	9 (13.8)	29 (44.6)	A7
8. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	0 (0.0)	3 (4.6)	4 (6.2)	23 (35.4)	35 (53.8)	A8
9. ดื่มชา หรือกาแฟมากกว่าวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กระป๋อง	1 (1.5)	0 (00)	6 (9.3)	7 (10.8)	51 (78.5)	A9
10. รับประทานอาหาร ผักผลไม้ อาหารที่มีกาก หรือดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้การขับถ่ายสะดวก	10 (15.4)	10 (15.4)	17 (26.2)	28 (43.0)	0 (00)	A10

ตารางที่ 12 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับด้านความสะอาดของร่างกาย (n=65)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	ส่วนของ ผู้วิจัย จำนวน (ร้อยละ)
1. อาบน้ำและถูตัวด้วยสบู่วันละ 2 ครั้ง	19 (29.2)	27 (41.5)	16 (24.6)	2 (3.1)	1 (1.5)	B1
2. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	14 (21.5)	14 (21.5)	11 (16.9)	10 (15.4)	16 (24.6)	B2
3. สระผมโดยใช้สบู่หรือแชมพูสระผม อย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง	15 (23.1)	19 (29.2)	21 (32.3)	10 (15.4)	0 (00)	B3
4. ตัดเล็บมือให้สั้นเมื่อเห็นว่ายาว	21 (32.3)	32 (49.2)	8 (12.3)	3 (4.6)	1 (1.5)	B4
5. เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ที่สะอาดทุกวัน	26 (40.0)	29 (44.6)	9 (13.8)	1 (1.5)	0 (00)	B5
6. สวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อเดินออกจากบ้าน	36 (55.4)	14 (21.5)	12 (18.5)	2 (3.1)	1 (1.5)	B6
7. แต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับเวลา และสถานที่	9 (13.8)	20 (30.8)	23 (35.4)	12 (18.5)	1 (1.5)	B7
8. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่เป็น หวัด ไอ หรือจาม	10 (15.4)	12 (18.5)	21 (32.3)	9 (13.8)	13 (20.0)	B8

ตารางที่ 13 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ (n=65)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	ส่วนของ ผู้วิจัย จำนวน (ร้อยละ)
1. นอนหลับกลางคืนได้ติดต่อกันอย่างน้อย วันละ 6-8 ชม.	28 (43.1)	28 (43.1)	7 (10.8)	2 (3.1)	0 (00)	C1
2. กลางวันงีบหลับมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน	6 (9.2)	19 (29.2)	29 (44.6)	7 (10.8)	4 (6.2)	C2
3. ออกกำลังกายอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งๆ ละประมาณ 15-30 นาที	4 (6.2)	5 (7.6)	12 (18.5)	21 (32.3)	23 (35.4)	C3
4. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น ทำงาน อดิเรกที่ชอบ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ฟัง เพลง หรือรดต้นไม้เพื่อความเพลิดเพลิน	7 (10.8)	13 (20.0)	13 (20.0)	18 (27.7)	14 (21.5)	C4
5. ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร ล้างจาน	4 (6.2)	8 (12.3)	14 (21.5)	22 (33.8)	17 (26.2)	C5
6. ไปทำบุญตักบาตร	4 (6.2)	5 (7.7)	20 (30.8)	19 (29.2)	17 (26.2)	C6
7. สวดมนต์ก่อนนอน	5 (7.7)	2 (3.1)	15 (23.1)	19 (29.2)	24 (36.9)	C7

ตารางที่ 14 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (n=65)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ปฏิบัติเป็นประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	ส่วนของ ผู้วิจัย จำนวน (ร้อยละ)
1. รับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่น ในครอบครัว	15 (23.1)	31 (47.7)	13 (20.0)	4 (6.2)	2 (3.1)	D1
2. พุดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิดหรือ เพื่อนสนิท	7 (10.8)	7 (10.8)	19 (29.2)	20 (30.8)	12 (18.5)	D2
3. ออกไปสังสรรค์กับคนอื่นนอกบ้าน	3 (4.6)	5 (7.7)	18 (27.7)	22 (33.8)	17 (26.2)	D3
4. เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนใน ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะเดินหนีหรือไม่ โต้เถียง	24 (36.9)	19 (29.2)	5 (7.7)	9 (13.8)	8 (12.3)	D4
5. เมื่อรู้สึกโกรธหรือไม่พอใจคนใน ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะพุดโต้เถียงหรือ ขว้างปาสิ่งของ	4 (5.1)	1 (1.5)	9 (13.8)	15 (23.1)	36 (55.4)	D5
6. ในกลางวันจะอยู่คนเดียวไม่ได้พุดกับ ใครเลยมากกว่าวันละ 8 ชั่วโมง	1 (1.5)	8 (12.3)	28 (43.1)	14 (21.5)	14 (21.5)	D6

ตารางที่ 15 จำนวนร้อยละของพฤติกรรมกาแสดงตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บป่วยและการ
รับประทานยา (n=65)

พฤติกรรมกาแสดงตนเอง	ปฏิบัติเป็น ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปฏิบัติ เลย จำนวน (ร้อยละ)	ส่วนของ ผู้วิจัย จำนวน (ร้อยละ)
1. รับประทานยาตามเวลาที่ได้รับ คำแนะนำ	46 (70.8)	13 (20.0)	3 (4.6)	1 (1.5)	12 (3.1)	E1
2. รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	25 (78.5)	9 (13.8)	2 (3.1)	2 (3.1)	1 (1.5)	E2
3. เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะ มาก นอนไม่หลับ หงุดหงิด โมโหง่าย ควร มาพบแพทย์ถึงแม้ไม่ใช่วันนัด	19 (29.2)	9 (13.8)	23 (35.4)	8 (12.3)	6 (9.2)	E3
4. เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาหยุด รับประทานยาและมาพบแพทย์ทันที (คลื่นไส้ คอเอียง น้ไม่ติดที่)	14 (21.5)	5 (7.7)	15 (23.1)	9 (13.8)	22 (33.8)	E4
5. หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น หรือไม่อยากรับประทานยา	2 (3.1)	4 (6.2)	18 (27.7)	15 (23.1)	26 (40.0)	E5
6. ปรึกษาแพทย์เมื่อนอนไม่หลับ 2-3 วัน ติดกัน	6 (9.2)	6 (9.2)	9 (13.8)	12 (18.5)	32 (49.2)	E6
7. ท่านควรกินยาก่อนนอนเพิ่มขึ้น เมื่อรู้สึก ว่านอนไม่หลับ	4 (6.2)	6 (9.2)	4 (6.2)	18 (27.7)	33 (50.8)	E7
8. ท่านจะหยุดกินยา เมื่อเห็นว่ามีอาการดี ขึ้นแล้ว	4 (6.2)	2 (3.1)	20 (30.8)	13 (20.0)	26 (40.0)	E8
9. แม้ว่ามีอาการดีแล้ว ท่านก็จะพามาพบ แพทย์อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 6 เดือน	19 (29.2)	6 (9.2)	24 (36.9)	8 (12.3)	8 (12.3)	E9
10. เมื่อมีอาการง่วงนอน เวียนศีรษะ หน้า มืด ตัวแข็ง มือสั่น มีผื่นคัน ฯลฯ แม้มีอาการ เพียงเล็กน้อยท่านก็จะหยุดกินยา เพราะ แสดงว่ายาชุดนั้นไม่ถูกกับโรคของตนเอง	12 (18.5)	3 (4.6)	12 (18.5)	9 (13.8)	29 (44.6)	E10

